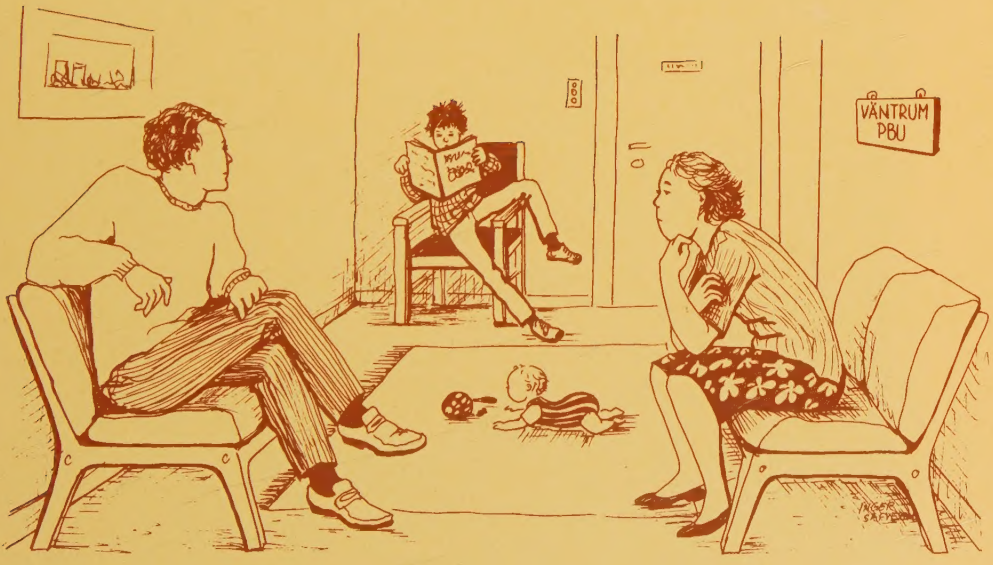
Margareta Carlberg

PBU-VERKSAMHETEN INOM STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kartläggning, effektanalys och metodutveckling



Diss. Stockholm
1984

Liber

RIJKS-
MUSEUM
LEIDEN

Margareta Carlberg

PBU-VERKSAMHETEN INOM STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Kartläggning, effektanalys och metodutveckling

Psykologiska institutionen
Stockholms universitet

Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen 1984
Stockholms universitet
Psykologiska institutionen
106 91 Stockholm

ABSTRACT

THE CHILD GUIDANCE CENTERS
OF THE COUNTY OF STOCKHOLM

Description, analyses of treatment
effects and development of methods.

The Child Guidance Centers (PBU) of the county of Stockholm were subjected to an evaluation. The work performed at the centers is primarily based on psychodynamic theory. The raw data consisted of the records of 200 children. In addition, 25 of the families were interviewed, as were their therapists.

The records were surveyed for descriptive information about who came to PBU, problems presented, expectations, and the nature of the PBU contact. Signs of treatment process, improvement according to the parents' view of the matter, and relief of symptoms were criteria of treatment effect.

Basic facts were included in a series of multiple analyses of regression, with the criteria of treatment effect as dependent variables. The best predictions could be made in relation to signs of process (R=0.68) and sum of fulfilled criteria (R=0.68). The best predictors of treatment effect were realistic expectation and number of sessions.

Qualitative analyses were performed to clarify the benefits and shortcomings of treatment. The families' feelings about seeking help at PBU, and their experiences in the actual contact, were also analyzed qualitatively.

The findings from the survey, the quantitative and the qualitative analyses were integrated and discussed in relation to the interview data.

What can be done to improve the work performed at PBU? Problems with play diagnostics, home visits and early terminations were found and the implications are discussed. Treatment techniques are discussed in terms of effectiveness as well as limitations. The importance of the first contact between family and therapist is stressed, as is the need for more structure in both diagnostic work and treatment. A model for stepwise testing of the motivational level and readiness of the family to penetrate the problem is presented.

Key words: Child Guidance Clinic, Child Psychotherapy, Counselling Techniques, Family Therapy, Psychotherapeutic Counselling, Psychotherapeutic Techniques, Treatment Effectiveness Evaluation.

Carlberg, Margareta
PBU-verksamheten inom Stockholms läns landsting
Upplaga 1:1
ISBN 91-38-61423-5

Omslagsbild: Inger Säfvestad
© 1984 Margareta Carlberg och Liber Förlag
Göteborg: Graphic Systems; 1984

Avhandlingsservice 1984

FÖRORD

År 1977 beslöt sociala nämnden inom Stockholms läns landsting att den psykiska barna- och ungdomsvården skulle utvärderas. Under ledning av förvaltningschef Karin Strömberg-Lind tillskapades en särskild enhet, metodutvecklingsgruppen, med docent Kristina Humble som projektledare. I en utvärderingsplan, utarbetad av PBU - anställda under ledning av docenterna Kristina Humble och Ulf Janson, formulerades syfte och förslag till genomförande.

En första studie skulle belysa vilka problem barnfamiljerna behövde hjälp med, hur de formulerade sina problem och vart de vände sig för att få hjälp. Familjeundersökningen kom av ekonomiska skäl att begränsas till en pilotstudie (Janson & Ellheden 1978).

I nästa delundersökning skulle samverkan mellan PBU och andra vårdorgan (förskola, skola, barnhälsovård samt socialvård) undersökas. Två rapporter om samverkan har utgivits (Larsson 1980; Humble, Janson, Larsson & Waldor 1981).

Även arbetet vid de öppna PBU-mottagningarna skulle bli föremål för utvärdering. PBU:s behandlingsarbete, delprojekt 3, har belysts i två rapporter (Herlin 1980, Carlberg 1981). Denna avhandling kan ses som en bearbetning av rapporten från 1981.

Utvärderingen har finansierats av Stockholms läns landsting.

Många människor har bidragit till att denna undersökning kommit till stånd och kunnat genomföras. Ett varmt tack riktas till de barn, föräldrar och terapeuter som direkt och indirekt givit sina bidrag.

Docent Kristina Humble har som chef deltagit i bedömningar av journaler och intervjuer, berikat diskussionerna och som handledare givit inspiration och stöd.

Fil. lic. Helena Herlin har lagt ned ett stort arbete vid genomförandet av intervjuerna, inte minst när det gällt att återfinna familjerna och motivera dem att delta. Hon har även medverkat i bedömningar och diskussioner samt sammanfattat sitt

arbete i en rapport (Herlin 1980). Fil. kand. Siv Waldor har lagt ned ett omfattande arbete på att insamla och sammanställa journaluppgifter. Socionom Ingrid Ohlsson, överläkare Magnus Kihlbom, psykolog Ingrid Hedlén, socionom Elsa Larsson och överläkare Lennart Hellström har alla kommit med värdefulla bidrag vid journal- och intervjubedömningar samt diskussioner. Statistisk konsult vid projektets start var fil. lic. Olle Sjöström.

Ett varmt tack riktas till min handledare vid psykologiska institutionen, professor Carl-Otto Jonsson, för stöd och hjälp i arbetet, engagemang och beredskap att diskutera uppkomna problem.

Utan bistånd från fil. lic. Jan Lindell och fil. kand. Annika Deregård hade de statistiska beräkningarna inte kunnat genomföras.

Värdefulla synpunkter på innehållet har mottagits från professor Michael Bohman, docent Bo Ekehammar, professor Gösta Karlsson, fil. dr. Siv Boalt Boëthius, psykolog Björn Elwin, fil. lic. Bengt Högman, socionom Ingrid Ohlsson, fil. dr. Paula Patkai och psykolog Lillemor Svensson. Språkgranskning har utförts av Ann-Charlotte Smedler, Ph.D. och korrekturläsning av min mor, Greta Rigbäck. Sekreterare Kerstin Halldin har varit till stor hjälp i samband med slututskriften.

Slutligen riktas ett stort tack även till föräldrar och svärföräldrar, utan vilkas praktiska hjälp det inte hade varit möjligt att fullfölja arbetet.

Avhandlingen tillägnas min familj, Lasse, Mårten, Sören och Åsa.

INNEHÅLL

Kapitel 1
INLEDNING 7
Psykisk barna- och ungdomsvård 7
Utvärdering av den psykiska barna- och ungdomsvården 9

Kapitel 2
ATT BEDRIVA FORSKNING PÅ PSYKOTERAPI MED BARN, UNGDOMAR OCH DERAS FAMILJER 12
Teoretisk inriktning och avgränsning 12
Barnets problem - och familjens 13
Barnens och ungdomarnas förväntningar enligt erfarna barnterapeuter 14
Barnen och symptomen 16
Omfattning och kvalitet på behandlingen 18
Problem kring kriterier och kontroll 21
Nya inriktningar? 24
Sammanfattning av problemen 25
Frågeställningar för denna undersökning 26

Kapitel 3
METOD 28
Val av dataunderlag 28
Population 31
Urval 31
Bearbetning av journalmaterialet 34
Statistisk analysmodell för journaldata 40
Kvalitativa beskrivningar utifrån journaldata 41
Bearbetning av intervjuerna 43
Integrering av kvalitativa och kvantitativa data 43

Kapitel 4
RESULTAT - BESKRIVNING AV BAKGRUNDSFAKTORER, PROBLEM OCH BEHANDLING 44
Frågeställningar 44
Bakgrundsvariabler för barn och ungdomar 44
Familjevariabler 45
Symptom 48
Motivation och kontaktuppbyggnad 51
Data om behandlingen 56
Behandlingseffekter 59
Sammanställning av effektkriterier 61
Jämförelse mellan population, journalurval och intervjuurval 62
Att jämföra med andra undersökningar 63

Kapitel 5
RESULTAT - FRAMGÅNGSRIK BEHANDLING: STATISTISKA SAMBAND 65
Oberoende variabler i multipel regressionsanalys 66
Beroende variabler 68
Bearbetningsmodell 68
Redovisning av utfall 69
Sammanställning av utfall 74
Sammanfattning 77

Kapitel 6
RESULTAT - KVALITATIV ANALYS 78
Vad fick familjen hjälp med? 78
Hur såg bristerna i behandlingen ut? 84
Restgruppen 89

Kapitel 7
RESULTAT - INTEGRERING AV KVALITATIVA OCH KVANTITATIVA DATA 91
Problemformulering och förväntan 91
Kontaktuppbyggnad med barn och ungdomar 94
Familjen frågar indirekt 97
Frivillighet eller tvång? 100
Byte av behandlare 102
Framväxt av empatiupplevelse 104
Lekdiagnostik 107
Behandlingens omfattning 110
Behandlingens utformning 111
Att bli indragen i familjens problem 114
Att bearbeta eller åtgärda 115
Omfattande problem 116
Hembesök 118
Att avsluta kontakten 119

Kapitel 8
DISKUSSION 122
Varför gick familjen till PBU? 122
Kartläggning och statistisk analys 123
Vad bör förändras? 129
Metoddiskussion 146

ENGLISH SUMMARY 152

REFERENSER 165

Bilaga 1: Blankett för journalgenomgång 177
Bilaga 2: Journalgenomgång - guide för medbedömare 181
Bilaga 3: Statistikkort 182

Kapitel 1

INLEDNING

Den barnpsykiatriska verksamhet som här är föremål för utvärdering är PBU, den psykiska barna och ungdomsvården, i Stockholms läns landsting (SLL). PBU är en öppenvårdsorganisation för barn och ungdomar mellan 0-20 år samt deras familjer.

Verksamheten har existerat i cirka 50 år. I mitten av 1970-talet uppstod ett ökat intresse hos politikerna inom landstinget för psykisk barna- och ungdomsvård och 1977 togs ett politiskt beslut om utvärdering av den psykiska barna- och ungdomsvården. Föreliggande undersökning är ett led i detta arbete.

Följande syften gavs därvid prioritet: En kartläggning av verksamheten skulle genomföras. Vilka sökte sig till PBU, för vilka problem och med vilket resultat? Utvärderingen skulle vidare inriktas på metodutveckling. Vad fungerade bra? I vilka avseenden fanns det brister i behandlingen?

Psykisk barna- och ungdomsvård

Målet för den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Sverige är enligt Socialstyrelsen (SOR 1980:2)

- -att känna igen, bota och lindra psykiska störningar hos barn/ungdomar/familjer
- -att förebygga psykiska störningar

PBU har ett vårdansvar, d.v.s. skyldighet att möta de behov av service som finns hos dem som söker hjälp vid mottagningarna. Vårdansvaret, som dock inte innebär ett totalansvar, omfattar också de behov av psykisk barna- och ungdomsvård som finns inom landstingets övriga verksamheter liksom inom primärkommunala verksamheter (SLL, Mål- och handlingsprogram 1982).

Curman och Nylander (1975) beskriver hur PBU i Stockholm tillkom år 1933 som en fristående rådgivningsbyrå i uppfostringsfrågor på initiativ av barnavårdsnämnden. Strävan var att åstadkomma effektiva förebyggande insatser. Verksamheten startade med två heltidsanställda socialarbetare och en deltidsanställd psykiater. Psykologer anställdes år 1936, och de ägnade sig till en början främst åt utvecklingsbedömningar och diagnostik med hjälp av testning. Drygt tio år senare kom ett tillskott av starkt psykodynamiskt och terapeutiskt orienterade

UNIV. LEDEN BIBL.

psykologer. Föräldraarbetet låg huvudsakligen på kuratorerna och dessa utvecklade sin casework-metodik i enlighet med psykodynamiska principer.

Behovet av diagnostisering av barnen kunde i stort sett tillgodoses. Man var dock redan nu inställd på att göra terapeutiska insatser. Vid arbetskonferens med teamet fattades beslut om den vidare handläggningen av varje ärende. De terapeutiska ambitionerna kunde dock inte tillgodoses i rimlig utsträckning, utan långa väntelistor uppstod.

Man försökte erbjuda nyanmälda ett första besök inom fjorton dagar. Kuratorn tog då emot föräldrarna, vanligen modern, för att i ett samtal få en uppfattning om ärendets karaktär och angelägenhetsgrad. Ungdomar kunde komma direkt till psykolog eller läkare. Utredningen fortsatte sedan, ofta efter en viss väntetid, med att barnet kom på en serie psykologobservationer medan föräldrarna samtidigt besökte kuratorn för anamnessamtal. Härefter kom föräldrar och barn till läkarbesök, som vid den här tiden alltid inkluderade somatisk undersökning av barnet. Undersökningsresultaten diskuterades då också med föräldrarna.

År 1971 genomfördes en organisatorisk sammanslagning av PBU-verksamheterna i Stockholms kommun respektive Stockholms läns landsting. Samtidigt blev landstinget huvudman för hela verksamheten. Förutom de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna vid sjukhusen fanns det år 1977 21 PBU-mottagningar och tre filialer. Vid varje mottagning fanns det ett eller två barnpsykiatriska team, bestående av läkare, kuratorer, psykologer och administrativ personal. Även miljöterapeuter ingick som regel. Så här beskrivs målgrupp och verksamhet år 1977 (PBU:s årsberättelse för 1977, s. 2):

> "PBU:s målgrupp är familjer med barn och ungdomar, vilka har individuella svårigheter eller störningar i relation till andra inom familjen eller grupper i omgivningen. Tonvikten i symtomen kan vara psykiska eller sociala svårigheter hos en eller flera av familjemedlemmarna."

PBU har också miljöterapeutiska institutioner knutna till sig i form av terapiskolor, dagbehandlingsavdelningar och terapikoloniverksamhet. Två separata enheter utgör konsultverksamheterna vid mödra- och barnhälsovården samt vid förskolor.

Den gemensamma teoretiska utgångspunkten för diagnostik och behandling kan närmast karakteriseras som psykodynamisk. Det beskrivs att problemen skiftar, "alltifrån 'vanliga beteenderubbningar', trotsreaktioner, tillfälliga ångesttillstånd till störningar av psykopatologisk och asocial natur" (a. a., s. 2). Man tycker sig ha märkt att problemen ökat i svårighetsgrad och är svårare att åtgärda. Det beskrivs också en förändring i symptombild; hämningssymptomen (t.ex. ängslan, blyghet, magont) minskar och de utåtriktade symptomen (t.ex. snatteri, missbruk, skolk) ökar. De komplicerade mekanismerna bakom uppkomsten av psykiska problem betonas:

> "För att förstå barnets svårigheter och reaktioner måste man lära känna dess relationer inom familjen och omvärlden i övrigt. För att kunna hjälpa barnet måste man hjälpa föräldrarna och förstå deras situation inbördes och i samhället." (a. a., s. 3).

För att man skall klara av detta svåra arbete, krävs ett nära samarbete mellan de olika yrkeskategorierna läkare, kuratorer, psykologer, miljöterapeuter och administrativ personal.

Stora krav ställs på personalens utbildning. I en enkät riktad till PBU-personal år 1978 kartlades förekomst av längre psykoterapiutbildning, d.v.s. utbildning i individualterapi till hjälp för barn och/eller vuxna, psykoanalys, familjeterapi och/eller gruppterapi, omfattande minst två års deltidsstudier. Fyrtio procent av PBU-personalen hade en eller flera av dessa utbildningar.

Utvärdering av den psykiska barna- och ungdomsvården

Utvärderingen av den psykiska barna- och ungdomsvården som 1977 beslöts var ett politiskt beslut av ledamöterna i Stockholms läns landstings sociala nämnd. Som underlag för beslutet fanns en utvärderingsplan, "Plan för utvärdering av PBU" (1976), utarbetad av en grupp anställda inom PBU, under ledning av docent Kristina Humble. I utvärderingsplanen (a. a., s. 2) anges fem övergripande frågeställningar:

> "1. Vilka uppgifter för en samhällelig barn- och ungdomsvård finns? Annorlunda uttryckt: Vilka problem hos barnfamiljer är av sådan art att samhällelig service för deras lösande nödvändiggörs?
>
> 2. Hur fördelas sådana uppgifter inom vårdsektorn? Hur formulerar människor sina problem och vart vänder de sig för att få hjälp?
>
> 3. Hur ser samspelet och samarbetet mellan PBU och övriga organ inom barn- och ungdomsvården ut? Vilka problem identifieras som 'PBU-problem' och hur? Av de enskilda familjerna, PBU, BVC, förskola, skola, socialvård etc? Hur informeras familjen om PBU i sådana fall där andra än familjen själv identifierar problemet som ett 'PBU-problem'?
>
> 4. Är det existerande samarbetet mellan PBU och andra organ av ovan nämnd typ optimalt? Hur skulle det kunna förbättras? Vilka uppgifter kan i detta syfte åläggas PBU (information, kurser, handledning, konsultteam, samarbete kring enskilda fall etc)?
>
> 5. Hur löser PBU de uppgifter som faktiskt tilldelas? Behandlingsmetoder och behandlingsmål. Intern utbildning."

Delprojekt

Inom projektet "Utvärdering av PBU" utformades tre delprojekt:

Delprojekt 1, familjeundersökningen. Intervjuer med familjer med barn i åldrarna 0-18 år i syfte att kartlägga mål, problem och problemlösningsstrategier i fostran och socialisation.

Delprojekt 2, samverkansundersökningen. Undersökningen belyser PBUs samverkan med andra organ inom vårdsektorn.

Delprojekt 3, behandlingsutvärderingen. Utvärdering av PBU:s behandlingsarbete.

Familjeundersökningen skulle ge en uppfattning om behovet av PBU:s medverkan, sett ur familjesynpunkt. Av ekonomiska skäl begränsades denna undersökning till en pilotstudie (Janson & Ellheden 1978).

Samverkansundersökningen har avrapporterats dels i en rapport som belyser synen på PBU utifrån olika utredningar om barns behov (Larsson 1980), dels i en rapport som beskriver PBU:s samverkan med socialvård, förskola och barnhälsovård (Humble et al 1981).

Denna avhandling utgör en genomgripande bearbetning av den första rapporten från delprojekt 3 (Carlberg 1981).

Delprojekt 3: Utvärdering av PBU:s behandlingsarbete

Delprojekt 3 utformades för att främst belysa frågeställning nr fem (se ovan). Det var ursprungligen planerat att genomföras i en retrospektiv och en prospektiv undersökning, den senare tänkt som en kombinerad process- och effektstudie. De ekonomiska ramar som uppsattes för projektet tillät dock inte genomförande enligt planen, utan en omfattande revidering genomfördes.

En experimentell design kunde inte genomföras. Det kan också ifrågasättas i vad mån en sådan design skulle vara tillräcklig för utvärderingens syften.

Efter vissa förundersökningar beslöt man att genomföra projektet huvudsakligen som en journalstudie, kompletterad med ett begränsat antal intervjuer med familjer och terapeuter. Strävan att följa de riktlinjer för utvärderingen som angivits i utvärderingsplanen kvarstod.

> "En utvärdering av behandling bör inte enbart utformas som en effektmätning. En beskrivning av arbetsprocessen och de faktorer, som kan antas vara verksamma i denna ökar informationen i avsevärd grad och bildar på så vis ett säkrare underlag för beslut om metodval. Den största vinningen torde emellertid ligga i de möjligheter, som därmed också ges till metodutveckling" (Humble et al 1976, bil. 5, s. 1).

Mårdberg och Ståhlberg-Carlstedt (1980, s. 6) menar att "två överordnade principer gäller för ett programs evaluerbarhet, d. v. s. grad av utvärderingsmöjlighet:

a) Utvärdering innebär en värderingsprocess och förutsätter ett värdesystem från vilket kriterier kan deriveras.

b) Det förutsätter en beteendevetenskaplig teori, modell eller idé om hur människan fungerar, som styr programmet."

Psykodynamisk teori har använts i såväl behandlingsprogram som utvärdering. Det värdesystem som kan deriveras från denna teori kan sägas vara styrande för både program och utvärdering.

I denna rapport belyses den del av målgruppen som någon gång har infunnit sig på en PBU-mottagning samt terapeuternas arbete med denna som det såg ut år 1977. Familjernas svårigheter och behov beskrivs, liksom de behandlingsinsatser och åtgärder som förekommit. Tyngdpunkten ligger på kontaktuppbyggnaden mellan terapeut och familj. Terapeuternas arbete studeras för att belysa de generella dragen i PBU:s behandlingsarbete. Vilka problem klarar terapeuterna av att behandla och vilka metodbrister förekommer?

För att bedöma och analysera effekter används interna kriterier, vilka kan användas för jämförelser inom materialet. Jämförelser med andra undersökningar försvåras dock.

Avhandlingen innehåller inte någon analys av de samhällsförhållanden som i olika omfattning kan ses som bidragande till, och ibland även orsakande, psykiska störningar.

Begreppet familj används i det följande i mycket vid bemärkelse. "Familj" används som en allmän beteckning vid hänvisning till ett speciellt fall, vare sig det rör sig om en fullständig familj, en ensam mamma eller en ensamboende tonåring. Det används också för att beteckna en känslomässig enhet. Det talas t.ex. om en familjs attityd till terapeuten, gemensamma familjehållningar mot yttervärlden m.m. Teoretiskt kan det diskuteras om det är försvarbart att tala om en gemensam attityd på detta sätt. Ett visst stöd för detta finns dock t.ex. i Bion's (1961) gruppteori, där hela grupper antas omfatta gemensamma hållningar under vissa förutsättningar.

Begreppet terapeut används som samlande beteckning för all personal som är involverad i direkt klientarbete; kuratorer, läkare, psykologer, miljöterapeuter och praktikanter av olika slag.

Kapitel 2

ATT BEDRIVA FORSKNING PÅ PSYKOTERAPI MED BARN, UNGDOMAR OCH DERAS FAMILJER

Nedan kommer att belysas de speciella problem som är förknippade med behandlingsforskning som gäller barn. Relevanta forskningsresultat redovisas. Kapitlet utmynnar i de frågeställningar som är aktuella för denna undersökning.

Teoretisk inriktning och avgränsning

Avgränsning av forskningslitteraturen

Litteratur som åberopas har avgränsats till att huvudsakligen omfatta behandling som grundas på psykodynamisk teori, vare sig det rör sig om barnpsykoterapi eller föräldrabehandling. Forskning där den teoretiska grunden är mycket allmän har även medtagits. Beteendeterapiforskning, liksom forskning på avgränsade symptom och specifika åldersgrupper, har i stor utsträckning uteslutits. Tyngdpunkten ligger på de senaste decenniernas undersökningar.

Behandlingsinriktning

Utmärkande för "the child guidance movement" är samarbetet mellan psykiatri, psykologi och socialt arbete (Barrett, Hampe och Miller, 1978). Rådgivningsarbetet har dominerats av psykoanalytiska tankegångar.I det praktiska arbetet har social metodik haft ett stort utrymme (Levitt, 1971). I Sverige har även den sociala metodiken sedan länge varit klart psykodynamiskt inriktad (Curman och Nylander, 1975). Denna traditionella behandling av barnet och dess familj, "general child guidance treatment" (Barrett et al 1978), är mycket eklektisk. Den skiljer sig avsevärt från t. ex. psykoanalytiskt inriktad individualpsykoterapi. Många parametrar införs i försöken att förena arbetet med barnet och familjen. Detta medför att det ofta blir ett gap mellan behandlingsteori och praktik.

Under senare år har familjeterapi blivit allt vanligare. Denna bedrivs såväl utifrån en psykoanalytisk grundsyn som från kommunikationsteori och strukturell familjeteori.

Beteendeterapeutisk metodik förekommer, men är inte vanlig inom psykisk barna- och ungdomsvård i Sverige (SOR 1980:2).

Barnets problem - och familjens

Barnet och miljön

Omgivningen lider ofta långt mer av barnets symptom än barnet självt och bedömningen att barnet behöver hjälp kommer som regel från de vuxna i barnets omgivning (Markowitz 1964, Freud 1965, Aschenbach 1978, Sylvander 1978). Det är dock inte alltid som föräldrarna själva kommer fram till denna bedömning. Andra personer kan ha varit pådrivande. Frågan är då hur benägna föräldrarna är att söka och ta emot en hjälp som starkt påverkar också deras tillvaro. Vid jämförelser av resultat från olika undersökningar är det därför väsentligt att veta hur barnen har kommit till rådgivningsbyrån. Två ytterlighetsfall får illustrera skillnaderna.

I Robins' undersökning (1966), omfattande 524 fall, var föräldrarna initiativtagare till kontakten med rådgivningsbyrån endast för 16% av barnen. I 65% av fallen var det domstol eller sociala myndigheter som remitterat barnet. Skolan hade stått för initiativet i 7% av fallen och övriga som remitterat barn var institutioner av olika slag, fosterföräldrar, läkare, med flera.

Curmans och Nylanders undersökning (1975) omfattade 2.364 fall. I denna hade anhöriga registrerats som huvudsakliga initiativtagare i 83% av fallen, 1.5% av ungdomarna hade anmält sig själva, skolan och barnavårdsnämnden stod för 6% respektive 4% och övriga hade remitterats av annan social myndighet, sjukhusläkare, med flera. Forskarna anser dock att föräldrarnas initiativ sannolikt är överskattat i denna undersökning.

Det är vanligt att föräldrarna söker hjälp för barnen. Ändå finns det ofta ett stort hjälpbehov även för egen del hos föräldern. Levitt, Beiser och Robertson (1959) fann vid en noggrann genomgång av material från Lehrman, Sirluck, Black och Glick (1949) att barnet ensamt hade varit i fokus för behandlingen i 10% av fallen. Mamman var den enda familjemedlem som hade behandlats i 40% av fallen. Som regel hade flera familjemedlemmar varit involverade.

Barnen erhåller på detta sätt ofta en indirekt behandling. Adams (1975) har reagerat mot detta och menar att medel som är avsatta för behandling av barn inte kommer barnen direkt till godo. Han anser att barnen är "parapeople" som erhåller paraservice.

Att behandla barn utan att samtidigt påverka deras psykologiska och sociala miljö förefaller vanskligt. Barnens stora beroende av miljön, och särskilt av de vuxna som omger dem, är väl känt. De har mindre möjligheter än vuxna att ändra sin miljö. Rodriguez, Rodriguez och Eisenberg (1959), Kaufman, Frank, Fried, Heims och Weiss (1962) samt Coolidge, Brodie och Feeney (1964) fann alla att de mest svårbehandlade barnen hade föräldrar som inte kunde bidra med emotionellt stöd till positiv förändring;

snarast fanns det tecken på att de underminerade behandlingen. Lessing och Schilling (1966) fann att förbättring för barnet nära sammanhängde med förbättring hos mödrarna.

Det är ofta problematiskt att få till stånd behandlingar för barn och ungdomar. Anthony (1980) menar att man får räkna med omedvetet sabotage även från positivt inställda föräldrar, och ju mer egna psykiska problem föräldrarna har, desto svårare blir barnens behandling.

Fromm-Reichman (1950) anser att man, innan man börjar arbeta intensivt med barn och ungdomar, bör behandla de vuxna som synes vara ansvariga för de ungas tillstånd. Ofta behöver sedan inte barnen någon behandling.

Barnens och ungdomarnas förväntningar – enligt erfarna barnterapeuter

Hur uppfattar då barnen att föräldrarna söker hjälp för dem? Kvalitativa data får hjälpa till att belysa detta.

Jackson och Todd (1964, sid 76-77) konstaterar att för huvudparten av de barn som behöver behandling är relationen mellan barnet och dess föräldrar på något sätt otillfredsställande. Fastän den ytligt sett kan förefalla god, finns det underströmmar av ångest eller irritation hos föräldrarna som når fram till barnet. Då känner barnet att det kommer till behandling för att det inte är likt andra barn. I början är därför attityden till terapeuten ofta präglad av rädsla, misstänksamhet eller fientlighet. Sådan är ofta barnets attityd till hela vuxenvärlden.

Liksom med vuxna patienter gäller det att i relation till barnpatienterna skapa och vidareutveckla en terapeutisk allians. När vi visar barnet att vi förstår dess känslor för ögonblicket upplever barnet befrielse. Denna upplevelse banar väg för en relation i vilken barnet gradvis känner sig villigt att dela mer av både vardagsliv och fantasiliv med terapeuten. Om barnet känner empati och vågar tro på att terapeuten förstår dess behov av att försvara sig, fördjupas relationen ytterligare (Frankl & Hellman 1964, s. 230).

Terapeutens sätt att bemöta barnen är mycket viktigt. Många terapeuter (Axline 1964, Haworth 1964) betonar nödvändigheten av att starta det första samtalet just med barnen, annars får de lätt en känsla av att terapeuten och de vuxna är lierade mot dem. För de barn som har svårigheter med tilliten till vuxna över huvud taget, kan det vara mycket svårt för terapeuten att förmedla känslan av förståelse och av att stå på barnens sida - också.

Markowitz (1964, s. 188-89) menar att psykiatern för barnet blir en tydlig representant för vuxenvärlden, vilken barnet är övertygat om är emot honom eller henne. Och denna person har

dragits in i vad som uppenbarligen är ett sista försök att "kontrollera" barnet. Barnets slutsats blir då att denne därför måste vara mäktigare, och därmed också farligare, än de vuxna som barnet tidigare har mött.

Hellersberg (1964, s. 169) slår fast att barnet har haft svårigheter innan det kommer i terapi, eller att det åtminstone har noterat de vuxnas bekymmer. Ofta förväntar sig då barnet att även terapeuten kommer att vara en av dessa ivriga vuxna vars besvikelse barnet har förtjänat; som förgäves kommer att försöka förändra eller reformera barnet.

Även Sylvander (1978, s. 65-67) påpekar att barnet går till terapeuten därför att det lyder och inte törs annat, men utan egen motivation och positiv förväntan. Terapeuten kan hjälpa barnet genom att beskriva hur hon/han själv ser på problemet, berätta något om sin egen funktion och om vad som förväntas av barnet.

Markowitz (1964, s. 188) tar upp ytterligare en aspekt. Barn är mer "magiska" än vuxna, står närmare primärprocesstänkande. För barnet finns det bara en referensram, och det är föräldrarnas. Det är inte bara den enda sanna, utan det är den enda som existerar för barnet. Den uttrycks som regel i värdetermer. Att vara "god" är att anpassa sig och då belönas man för detta. Att vara "dålig" har att göra med upproriskhet, vilket leder till straff. Det finns inga neutrala mellanlägen. För barnet är det otänkbart att man skulle kunna bryta mot en regel och ta konsekvenserna av detta utan att vara "dålig". Om barnet beter sig illa, kommer detta direkt från något "dåligt" inom barnet. Straffet riktas då mot den inre "dåligheten" för att försöka få bort den. Det är svårt att lära barnet skilja ut realistiska konsekvenser av barnets beteende från de vuxnas attityd mot beteendet.

Alla dessa synpunkter belyser hur utsatt barnet är i situationen, och hur viktig terapeutens lyhördhet inför barnet är för att mötet inte skall bli alltför hotande för barnet. Samtidigt får känsligheten för barnet inte gå över i identifikation med barnet, ty då blir avståndet mellan terapeuten och barnets föräldrar alltför stort (Ekstein & Wallerstein 1964).

Hur är det då med ungdomarnas förväntan och deras värdering av psykoterapi? Gottesfeld (1965) undersökte manliga ungdomsbrottslingars önskemål om psykoterapi. Dessa föredrog metoder som var aktiva och styrande och som innebar att terapeuterna gick in som föräldrasurrogat. Handling värdesattes, men inte samtal om känslor, personlig situation eller den egna familjen.

Meyer och Zegans (1975) intervjuade polikliniska ungdomspatienter av båda könen. Dessa uppskattade främst värme och omsorg hos terapeuterna. Manliga terapeuter uppskattades, liksom yngre terapeuter som stod nära deras egen livserfarenhet. Terapeuterna fick dock inte bli kompisar.

Chassin, Young och Light (1980) undersökte om skillnaderna mellan de två senast refererade undersökningarna kunde tillskrivas

metodskillnader eller skillnader i population. Det sistnämnda visade sig troligast.

Båda grupperna ville ha terapeuter som brydde sig om och visade intresse för dem. En varm men bestämd person önskades också av båda. Båda grupperna ogillade "manipulativ vänskap", vilket innefattade att terapeuten använde metoder som missbrukade tillit, visade bristande autenticitet och försök att vara kompis. I övrigt ville ungdomsbrottslingsgruppen ha hjälp med skolgång, jobb och kontakter med flickor; de ville ha en terapeut som spelade spel med dem och som kom på besök även utanför terapisessionerna. Klinikgruppen ville ha hjälp med att tala om sig själva, sina känslor och åsikter.

Barnen och symptomen

Störningar i utvecklingen

Freud (1965) menar att man i diagnostiseringen skall ta ställning till om barnets personlighetsutveckling, trots manifest beteenderubbning, huvudsakligen faller inom ramen för normala varianter. Är existerande symptom av övergående natur, möjliga att klassificera som produkter av påfrestningar i samband med utvecklingen? Föreligger det en bestående regression? Eller rör det sig t. o. m. om en allvarligt förvrängd utveckling där själva strukturering en är störd.

Spontanläkning

Barnet befinner sig i utveckling. Kanske är då möjligheterna till spontanläkning extra stora? Många symptomatiska manifestationer hos barn som är i grunden normala tenderar att försvinna som en funktion av utvecklingen (MacFarlane, Allen & Honzik 1954; Lapouse & Monk 1959).

Vad skulle ha hänt om barnet inte hade fått terapi? Behandlas kanske en del barn i onödan? Levitt (1957a) menar att en stor del av barnen skulle ha utvecklats väl ändå. Han menar att man bör räkna med en baseline på 72.5% - detta skulle vara ett mått på frekvensen av spontanläkning. Detta påstående har dock kritiserats. Sättet att välja kontrollgrupp samt det faktum att bedömningar av barnets förbättring huvudsakligen är grundade på föräldrautsagor har kritiserats.

Heinicke (1975) ogillar begreppet spontanläkning. Han anser att det är bättre att utgå ifrån de interna och externa tillväxtfrämjande krafter som är viktiga för barnen och hur dessa underlättas eller inte av behandlingen. Det kan ju finnas tillfällen när en terapeutisk intervention kan interferera med normala, om än påfrestande, tillväxtprocesser.

Symptomsubstitution

Symptom som uttryck för en underliggande känslomässig störning kan försvinna som en följd av utveckling eller som en följd av behandling. De kan också ersättas av andra symptom. I en uppföljningsundersökning av barn som genomgått behandling fann Levitt (1957b) att 22% hade utvecklat nya symptom efter behandlingens avslutning.

Diagnostiska kategorier i forskning

Kategorisering av psykiska tillstånd hos barn är ett svårlöst problem. Vissa kategorier är tämligen entydiga, t. ex. utvecklingsförsening, organisk skada, infantil autism. Dessa diagnoser är dock inte särskilt frekventa. Vanligen är diagnosgrupperna mycket allmänt formulerade.

Största enskilda kategori i Levitt's genomgång (1963) var diagnosgruppen "general or unclassified child guidance cases". Huvudparten av barnen i Curmans och Nylanders undersökning (1975) föll under någon av kategorierna "friskt barn, inklusive lätta miljöreaktioner" eller "beteendestörning". Vanligaste diagnos i en undersökning (Simonds 1977) av barnpsykiatriska fall på en pediatrisk klinik var "reactive disorders". Hedberg-Fyhrlund (1981) beskriver ytterligare klassifikationsförsök i nya svenska undersökningar.

Med dessa svårigheter med diagnostisering är det än svårare att mäta förändring efter behandling. Vanligt är att man redovisar förändring i de symptom eller beteendemönster som fört barnen till behandling (t.ex. Cytryn, Gilbert & Eisenberg 1960).

Diagnosernas prognostiska värde

Förhållandet mellan psykiska symptom hos barn och den vuxna individens psykiska hälsa är komplicerat. Man tycks i rådgivningsrörelsens barndom ha hoppats på att behovet av mentalhälsoservice för barn skulle minska eller att känslomässiga problem hos vuxna skulle försvinna som en följd av "child guidance" (Levitt 1971). Undersökningarna av Robins (1966) och av Curman och Nylander (1975) belyser i viss utsträckning dessa problem.

I Robins' undersökning var medianåldern på barnen vid anmälan 13-14 år. Många hade ett antisocialt beteende. Trettiosju procent hade kommit från ungdomsdomstol och 40% hade visat "annat antisocialt beteende". Efter 30 år visade det sig att 28% av barnen i dessa båda riskgrupper som vuxna erhöll diagnosen sociopati. Om man studerar den grupp som redan som unga hade diagnostiserats som "sociopatisk personlighet", var efter 30 år fortfarande 61% allvarligt antisociala, 27% hade minskat och 12% givit upp sitt antisociala beteende.

Robins slår fast att frånvaro av antisociala symptom nära nog garanterade att barnet inte blev "sociopat" som vuxen. De barn

som hade haft neurotiska symptom liknade mer kontrollgruppen vid efterundersökningen. Huvudparten av barnen var endast föremål för utredning. Omfattningen av behandlingen, liksom beskrivningar av vilka barn som erhöll sådan, redovisas inte.

Materialet i Curmans och Nylanders undersökning insamlades åren 1953 - 1955. Istället för anmälningsålder anges här åldern på barnet när journalen avskrevs, vilket ger en medianålder på 9.6 år. Anmälningsåldern ligger sannolikt åtminstone något år lägre. "Friskt barn och lätta miljöreaktioner" samt "beteendestörning" var de vanligaste diagnoserna, 37% vardera. Man konstaterar att de yngre barnen som regel erhöll lindrigare diagnos; 58% av barnen mellan 0-6.5 år erhöll den förstnämnda diagnosen.

Efter 20 år (Nylander 1979) visade det sig att knappt hälften av barnen (40% av pojkarna och 48% av flickorna) hade klarat sig utan annan psykiatrisk hjälp och utan att noteras i missbruks- eller kriminalregister.

De barn, 0.6%, som från början diagnostiserats som psykotiska, hade hela uppföljningsperioden varit invalidiserade av sin sjukdom. Detta visar att man endast i helt klara fall hade tillgripit en så allvarlig diagnos.

Kroniska missbrukare blev senare 5.2%, 123 barn (samt ytterligare sju barn som avlidit under uppföljningstiden). Tjugoåtta procent av dessa hade diagnostiserats som "friskt barn och lätta miljöreaktioner", 48% som "beteendestörning" och 7% som "primär karaktärsstörning". Endast 13% av dessa 123 barn hade fått "någon form av regelrätt behandling" och föräldrarna hade ofta avbrutit behandlingen i förtid (a. a. s. 58).

Omfattning och kvalitet på behandlingen

Var går gränsen mellan utredning och behandling?

Någon given gräns mellan utredning och behandling finns inte. I allmänhet är det i litteraturen svårt att få någon klar uppgift om hur många samtal utredningen och/eller behandlingen har omfattat. Behandlingsavböjanden och avbrott är vanligen förekommande, men redovisas sällan. När det gäller barn och föräldrar kan många faktorer spela roll. Många familjer har remitterats och inte själva tagit ställning till om de vill ta emot denna typ av hjälp.

Ju starkare påtryckningar som använts, desto svårare blir det att bygga upp en kontakt. Som exempel kan nämnas att Pfouts, Wallach och Jenkins (1963) konstaterade att av 218 vuxna personer med alkoholproblem som remitterats för diagnostisk bedömning hade 29% inte hållit den första överenskomna tiden och bara 31% höll mer än en överenskommelse om tid. I en annan undersökning, Hornstra, Lublin, Lewis och Willis (1972), var det bara 15% av patienterna i ett mentalhälsocenter i en storstad som höll mer än tre överenskomna tider.

I flera undersökningar anges att det förekommit behandling i mycket begränsad omfattning. Robins (1966) talar t.ex. om att 72% av patienterna i uppföljningsundersökningen inte hade erhållit någon behandling och konstaterar att hennes studie inte ger svar på vilken, om någon, metod för prevention och behandling som är effektiv. Curman (Curman & Nylander 1975) skriver att han anser att verksamheten den aktuella tiden (1953-55) huvudsakligen hade en diagnostisk inriktning, men att kontakten med patienten och dennes anhöriga i samband med utredning och bedömning också hade inneburit behandling i någon form. Som övre gräns för utredning anges cirka 12 samtal.

Det finns forskning som tyder på att den diagnostiska processen i sig kan utgöra en intensiv korttidsterapi. Detta gäller speciellt för unga, akut fobiska patienter med lindriga störningar (Miller, Barrett, Hampe & Noble 1972).

Jacobson, Wilner, Morley, Schneider, Strickler & Sommer (1965, s. 143) noterade att många vuxna patienter som endast erhållit utredande samtal tyckte att deras problem hade lättat. De hade själva använt den diagnostiska processen som behandling, trots dess begränsning.

Antal samtal eller besök

Hur kort kan en behandling vara? Antal samtal som anges som behandling skiftar starkt. Lägsta antal anger Cytryn et al (1960). Det rörde sig om 4 halvtimmeslånga behandlingar inom en tidsrymd av 11 veckor. Levitt använder definitionen "a treatment case is one in which at least one family member had at least five treatment interviews" (1958, s.430). Detta räknades då efter avslutad utredning.

I många undersökningar är det oklart vem/vilka i familjen som behandlades och om antalet samtal gällde totalt eller per individ.

Leder längre behandling till bättre resultat? Ju fler besök, desto bättre utfall har man kommit fram till i en rad undersökningar (Bailey, Warshaw & Eichler 1959, Lorr 1962). Luborsky, Chandler, Auerback, Cohen och Bachrach (1971) fick samma resultat, men påpekar att det sannolikt inte är så enkelt; jämförelser mellan tidsbegränsad korttidsterapi och långtidsterapi ger inte några skillnader.

Mann (1976) har funnit att särskilt patienter som kommer från sämre socioekonomiska förhållanden vanligen lätt bryter långtidsbehandlingar, men i klart högre utsträckning fullföljer korttidskontrakt.

Rosenthal och Levine (1970, 1971) jämförde korttidsterapi (högst 8 timmar inom 10 veckor) med terapier av individuellt bestämd längd, vilket här var liktydigt med långtidsterapi. Flera olika kriterier användes för att mäta framgång. Korttidsterapigruppen hade förbättrats i 55% av fallen och långtidsterapigruppen i 79% av fallen.

Phillips (1960) erhöll motsatt resultat mot Rosenthal och Levine. Strukturerade korttidsterapier på i genomsnitt 7-8 samtal jämfördes med "djupterapier" och resultatet blev signifikant bättre för korttidsfallen. De långtidspatienter som hade skattats som oförändrade hade högsta genomsnittliga antalet samtal - vilket dock var så lågt som 15 samtal.

Undersökningen har kritiserats. Var verkligen grupperna lika från början, eller fick de lindrigare fallen korttidsterapi? Bedömningen av förbättring grundades på en föräldraenkät. Långtidsfallens föräldrar kan t.ex. ha varit eller blivit mer psykologiskt sofistikerade, så att de var mer uppmärksamma på barnens svårigheter.

Heinicke (1969) har angripit problemet genom att matcha två grupper nioåriga pojkar med lässvårigheter och sedan variera frekvensen på behandlingarna (som i övrigt sträckte sig över lika lång tidsperiod). Den ena gruppen gick i behandling en gång per vecka, den andra gruppen gick fyra gånger per vecka. Utfallet mättes med kliniska skattningar och läsprov i början och slutet av behandlingen samt ett och två år efter behandlingens avslutning.

Lågbesöksgruppen visade störst förbättring i läsförmåga efter ett års behandling. Vid behandlingens slut var det ingen skillnad mellan grupperna och två år efter behandlingen var högfrekvensgruppen klart överlägsen. Faktoranalys av de kliniska skattningarna gav fyra faktorer: nivå av jagintegration, grad av flexibilitet hos ego, kapacitet för kamratrelationer och grad av självförtroende. Högfrekvensgruppen hade här genomgående högre värden på de tre första faktorerna vid mätningarna efter behandlingens slut. Det skiftade dock något mellan olika mätningar. Heinicke drar slutsatsen att man måste ha olika utfallsmått och flera mättillfällen.

Terapeuternas kvalifikationer

Heinicke och Strassmann (1975) konstaterar att forskning ofta sker på terapier som genomförts av mycket oerfarna terapeuter, eller t.ex. av pediatriker med viss specialisering (Cytryn et al 1960). När det gäller terapeuternas utbildning och kvalifikationer visade det sig i en undersökning (Lehrman et al 1949) som närmare granskades av Levitt et al (1959) att i experimentgruppen hade 35.5% av fallen behandlats av studerande under utbildning och mer än 50% hade behandlats av terapeuter med mindre än ett års erfarenhet.

Nielsen (1981) hävdar att vi inte vet vad som kännetecknar en god terapeut. Det räcker inte med empati, äkthet och värme, som Truax och Charkhuff (1967) hävdat. Om å andra sidan relationen mellan patient och terapeut inte är tillräckligt positiv, spelar valet av teknik ingen större roll.

O'Leary och Turkewitz (1978) anser att man i undersökningar skall ge omfattande information om terapeuterna: professionell bakgrund, utbildning, erfarenhet, kön, ålder, lön, civilstånd, ev föräldraskap. Alla dessa faktorer kan ha betydelse.

Problem kring kriterier och kontroll

Nedan diskuteras några vanliga forskningsproblem i behandlingsforskning, med tonvikt på konsekvenserna av att behandlingarna rör problem hos barn.

Diskrepans mellan målformulering och mätmöjlighet

En allmän svårighet i psykoanalytiskt inriktad psykoterapi är att målen som regel är formulerade i abstrakta termer, såsom "psykisk hälsa", "ökad självinsikt". Hur skall man kunna översätta målen i konkreta, mätbara termer? Den hjälpsökandes egen problemformulering kan sällan direkt ligga till grund för behandling eller målformulering. Som regel finns det många teoretiska steg mellan symptomet och behandlingsmetoden.

Speciellt när man arbetar med heterogena material är det svårt att finna relevanta kriterier. Individuellt utformade kriterier har utvecklats av bl.a. Kiresuk och Sherman (1968, Goal Attainment Scaling) och av Malan (1973, 1976). Holroyd och Goldenberg (1978), Woodward, Santa-Barbara, Levin och Epstein (1978) samt Reichelt (1980) har prövat "Goal Attainment Scaling" på barn och familjer.

Terapieffekt eller ej?

I all psykoterapiforskning är stora svårigheter förknippade med att skilja effekter av terapi från effekter av den övriga påverkan som individen utsätts för. Detta problem är om möjligt ännu större när det gäller barn. De är under utveckling. De är även starkt beroende av föräldrar, kamrater och lärare. Ofta har många olika förhållanden bidragit till störningens uppkomst. Det är svårt att fånga in vilka faktorer som har varit viktigast och hur dessa påverkar individen idag.

Direkt eller indirekt observation?

Achenbach (1978) diskuterar begränsningarna i direkta observationer. Barnens beteende varierar starkt med situationen. Även med god samstämmighet mellan bedömare uppvisar mätningar på barn låg konstans över tid t. o. m. i samma förskolemiljö. Skillnader i beteende beror oftast mer på skillnad i utvecklingsnivå än på personlighetsdrag.

Han betonar också forskarens förmåga att se forskningssituationen med barnens ögon, så att missförstånd och situationsbetingad oro hos barnet undviks. När man jämför störda barn och normala barn är det viktigt att även observationsförhållandena är lika mellan grupperna, så att t. ex. inte materialet från de störda barnen insamlas på en klinik och materialet från de normala barnen i ett klassrum. Om så sker kan eventuella skillnader bero både på barnets upplevelse av observationsmiljön och på grad av störning.

Ofta använder man indirekta mått eller uppgifter när det gäller barn. Föräldrar och/eller lärare tar ställning till att barnet behöver hjälp. Samma person är kanske också med och bedömer om några resultat uppnåtts. Heinicke och Strassmann skriver (1975, s. 576) att "it is very possible that one is assessing changes in parent perception that are not related to changes in the child in any simple way".

Kontrollgrupper

De etiska problemen med att avstå från att ge behandling till barn och föräldrar som behöver hjälp, i syfte att få en god kontrollgrupp, är väl kända. Sannolikheten är också mycket stor att föräldrarna hittar andra vägar att få hjälp. Ett sätt att lösa detta problem visar Heinicke (1965, 1969) på, då han ger båda grupperna behandling, men varierar frekvensen.

Levitt (1957b) använde sig av kontrollgrupper av barn som utretts och erbjudits behandling, men vars föräldrar avstått från att låta barnen genomgå behandlingen. Levitt anser sig ha visat (1958) att dessa familjer inte skiljer sig i fråga om motivation eller problemens svårighetsgrad från dem som fullföljer behandlingen. Heinicke och Goldman (1960) ifrågasätter detta.

McAdoo och Roeske (1973) styrker i stort sett Levitt's fynd, med reservationen att de som fullföljde behandlingen hade mer kroniska symptom - vilket förefaller vara en ganska allvarlig invändning. Heinicke och Strassman (1975) vänder sig starkt mot Levitt's kontrollgrupper.

När det gäller korta terapier kan skillnaden mellan utredning för kontrollgruppen och utredning och korttidsbehandling för experimentgruppen vara mycket liten.

Vid försök till matchning är svårigheten att finna adekvata matchningsvariabler stora. Enkla variabler som ålder, kön, begåvning och socioekonomiska data har troligen ganska litet att göra med personlighetsstruktur och familjeklimat - komplexa variabler som det sannolikt skulle vara verkligt relevant att matcha utifrån.

Vem avgör vad som är framgång?

Vanligt är att frågan om behandlingseffekt eller ej avgörs av föräldrar (Levitt 1957a, Phillips 1960), eventuellt även av lärare. Även skattningar av terapeuterna förekommer ofta (O'Leary, Turkewitz & Taffel 1973, Schneller, Schneller & Saccuzzo 1977).

Strupp och Hadley (1977) har påpekat att det finns minst tre intressenter i psykoterapins resultat - i varje fall om den helt eller delvis betalas av skattemedel. Det är samhället, inklusive viktiga personer i patientens liv. Det är den individuelle patienten och dennes känsla av välbefinnande och det är

mentalhälsospecialisten som bedömer förändringar i personlighetsstruktur. En begriplig bild av individens mentala hälsa är möjlig endast om de tre fasetterna i modellen är bedömda och integrerade: beteende, affekt och psykologisk struktur. Varje bedömning ger ett unikt bidrag - som dock samtidigt är begränsat.

En tillämpning av denna modell på barnpsykiatrisk behandling belyser tydligt de speciella problem som är förknippade med ett sådant arbete.

Samhällsintressenterna utgörs främst av föräldrar, andra medfostrare och lärare. Dessa representerar olika sociala miljöer för barnet och olika sociala system. Ett barns problem kan ta sig olika uttryck i olika sociala sammanhang. Själva bytet av miljö eller kultur kan också utgöra en stor påfrestning för barnet. Specifika problem kan då uppstå i den nya miljön. Det är inte ovanligt att ovannämnda personer sins emellan har olika uppfattning, dels om barnet har problem eller ej, dels hur problemet har uppstått och vilken inverkan det har på barnet idag.

Föräldrar, och även lärare, har funnits i barnets närhet såväl under problemens uppkomst som behandling. Ofta väger deras ord tungt även vid utvärderingen av behandlingen. Sannolikt har de på olika sätt, om än oftast omedvetet, bidragit till problemens uppkomst och permanens. Även de behöver hjälp med bearbetning, åtminstone av sin attityd till barnets problem.

I familjeterapeutisk litteratur beskrivs hur familjer omedvetet använder ett barn för att uttrycka "otillåtna" tankar och känslor. Barnet blir delegat (Stierlin 1977). Så långt problemen är fokuserade på "syndabocken" eller "avvikaren" upprätthålls en balans för övriga familjemedlemmar (Boszormenyi-Nagy & Spark 1973, Minuchin 1974). Man kan härvid tala om att familjen har en sekundärvinst av att barnets problem finns.

Även fostrare och lärare kan ha sekundärvinster. Klassen får reducerat barnantal, daghemsavdelningen extra personal på grund av problembarnen.

Barnen anser ofta själva att de mår bra. Barrett et al (1978 s. 431) skriver att "many children who are brought for treatment are firm in stating that they are subjectively comfortable".

Mentalhälsospecialistens insats när det gäller barn måste med nödvändighet också innefatta en diagnos och bedömning av de viktigaste vuxna i barnets liv. Barn befinner sig i förändring och utveckling. Personlighetsstrukturen är som regel ej fast, utan mycket känslig för påverkan från omgivningen. Därmed kan diskuteras vem man skall sätta i fokus för behandlingen: barnet, omgivningen eller båda parterna.

Nya inriktningar?

Omfattning och kvalitet på forskning

Levitt konstaterade 1971 att litteraturen kring forskning på barnpatienter endast utgjorde ett par procent av forskningen på psykoterapeutisk behandling av vuxna. Situationen har sannolikt inte blivit bättre under den senaste tioårsperioden. Heinicke och Strassmann (1975) är kritiska och menar att det i många artiklar om barnpsykoterapiforskning är omöjligt att förstå, dels vad som utgjorde terapin, dels hur bedömningarna gjordes. Mer information efterlyses också om vilken utvecklingsstatus de barn har som är föremål för studium och vilken typ av miljö barnet har, speciellt när det gäller föräldrarnas påverkan. Denna kritik är mycket relevant, men problemen är svåra att lösa.

Achenbach (1978) menar att det sällan är möjligt att dra kausala slutsatser därför att det är så svårt att använda experimentell design. Det är t.ex. mycket ovanligt med randomisering i dessa sammanhang. Kriteriernas kvalitet kan också ofta ifrågasättas.

Nya frågeställningar

Heinicke och Strassmann (1975) påpekar att det är viktigt hur vi formulerar forskningsfrågorna. Vi bör inte längre undersöka om barnpsykoterapi är värdefull eller inte, utan undersöka under vilka förhållanden den är värdefull.

Samma problem gäller för forskning på psykoterapi i allmänhet. Paul (1969, s. 44) anser att frågan måste lyda: "What treatment, by whom, is most effective for this individual, with that specific problem, under which set of circumstances, and how does it come about?"

Greenspan och Sharfstein (1981) menar att det gäller "to specify the effects that different approaches have in different situations and for different patients" (s. 1214).

Garfield (1981) talar allmänt om svårigheterna att mäta effekter av psykoterapi och säger att det är viktigt att planera och genomföra forskning för att söka större förståelse av sådana variabler som kan leda till signifikanta positiva förändringar.

Barrett et al (1978, s. 428) visar på svårigheten att finna "faktiska" skillnader om man accepterar Levitt's baserate. Dagens fråga bör lyda: "Which set of procedures is effective when applied to what kind of patients with which sets of problems and practices by which sort of therapists?" Barnpsykoterapi är enligt dem bara en del av ett större område som innefattar föräldraskap, uppfostran, undervisning, förberedelse för vuxenliv o.s.v. Den kan inte längre stå oberoende av en bedömning av familjen och av det omgivande samhället.

När Eysenck (1952) provocerade med att helt ifrågasätta effekter av psykoterapeutisk behandling av vuxna ledde detta till en intensiv ökning av forskningen på området. I ett av de senaste bidragen, en analys av nära 400 välkontrollerade studier, har Smith och Glass (1977, s. 752) slagit fast att "on the average, the typical therapy client is better off than 75% of untreated individuals".

En kritik liknande Eysenck's fördes fram av Levitt (1957a) när det gällde behandling av barn och deras familjer. Då var tidsandan en annan. Istället för till ökad forskning ledde kritiken till övergång till andra behandlingsteorier och metoder (Barrett et al 1978). Detta har sannolikt bidragit till den starkt eklektiska inriktning som råder inom barnpsykiatrin idag.

Sammanfattning av problemen

Av flera skäl är det komplicerat med barnpsykiatrisk forskning. Barnet är starkt beroende av sin psykologiska närmiljö. Barnets problem har uppstått i nära samspel med denna miljö. En diagnostisering av barnet måste i någon utsträckning inkludera en bedömning av barnets miljö.

Barnet själv är inte inriktat på att söka hjälp på egen hand. Att söka psykiatrisk hjälp är som regel alltför komplicerat i förhållande till ett barns utvecklingsnivå. Istället uppfattar barnet problemen i moraliska termer, som en inre elakhet. Vissa ungdomar har nått så långt i sin utveckling att en bearbetning av inre konflikter både är möjlig och direkt efterfrågad av den unge. Andra ungdomar förväntar sig främst att få föräldraersättare.

Barnen befinner sig i utveckling. Symptomförändringar kan därmed vara knutna till utvecklingen mer än till behandlingen. Sambandet mellan psykiska barndomsproblem och psykiska problem i vuxen ålder är oklart, utom för de gravaste störningarna, vilka tenderar att finnas kvar i vuxen ålder.

Bedömning av barnpsykiatrisk behandling kompliceras även av att många människor i familjerna är involverade i denna. Vem får behandling? Det är inte alltid barnen. Vilka som får behandling, hur lång denna är och vilken roll behandlingens längd spelar är oklart. Så är det även med vems ord som skall få väga tyngst när det gäller att avgöra vad som är framgång.

Att hjälp söks frivilligt ses vanligen som en förutsättning för psykoterapi. Graden av frivillighet skiftar dock starkt. Många intressenter finns inför behandlingen: Det individuella barnet och dess familj, förskola, skola och övriga sekundärgruppsmiljöer.

Att tillämpa experimentell design är förenat med stora problem. Kontrollgruppsfrågan är svårhanterlig. Även övriga kontrollmöj-

ligheter blir otillräckliga eftersom det inte går att kontrollera allt som påverkar barnet.

Frågeställningar för denna undersökning

Valet av frågeställningar har styrts såväl av uppdragets formulering som av tidigare forskning på området.

Man kan säga att den psykiska barna- och ungdomsvården tilldelas uppgifter av dem som söker hjälp och av dem som remitterar familjer till PBU. Hur ser då patienturvalet för denna verksamhet ut? En beskrivning av detta är även nödvändig för att andra forskare och behandlare skall kunna använda undersökningsresultaten. Vilka barn, ungdomar och/eller föräldrar söker sig till PBU? Vad söker de hjälp för? Hur möts de när de kommer? Utan svar på dessa frågor kan man inte klarlägga hur uppgiften som åläggs PBU ser ut.

Utarbetandet av kriterier på framgångsrik behandling är en viktig uppgift för att kunna besvara ännu viktigare frågor. För vilka, under vilka omständigheter, är behandlingen effektiv? Finns det samband mellan bakgrundsfaktorer, behandlingsfaktorer och behandlingsframgång?

Ytterligare kunskap erhålls om man undersöker: Vad har familjerna fått hjälp med? Vad har varit bristfälligt i behandlingen?

Utan kännedom om familjens upplevelser av PBU-kontakten är det svårt att förstå vissa moment. Det är väl känt att det upplevs som påfrestande att på detta sätt söka hjälp. Hur tycker man att man blivit bemött? I vad mån har man känt sig förstådd och accepterad? Hur upplever familjen det att gå till PBU?

Eventuella fynd i utvärderingen bör leda till metodutveckling. Vad bör förändras utifrån de resultat man finner i utvärderingen?

Sammanfattning av frågeställningar

Kartläggning (kap. 4):
Vilka barn, ungdomar och/eller föräldrar söker sig till PBU?
Vad ber de om hjälp med?
Vad händer när de kommer till PBU?

Kvantitativa analyser (kap. 5):
Finns det samband mellan bakgrundsfaktorer, behandlingsfaktorer och behandlingsframgång?

Kvalitativa analyser:
Vad får familjerna hjälp med i behandlingen (kap. 6)?
Vad är bristfälligt i behandlingen (kap. 6)?
Hur känns det för familjen att gå till PBU (kap. 7)?
Hur upplever familjerna PBU-terapeuternas attityd till dem själva och till deras problem (kap. 7)?
Vad bör förändras för att i högre grad lösa de uppgifter som faktiskt tilldelas PBU (kap. 8)?

Kapitel 3

METOD

Först presenteras val av dataunderlag, population och urval. Två olika datakällor används, journaldata och intervjudata.

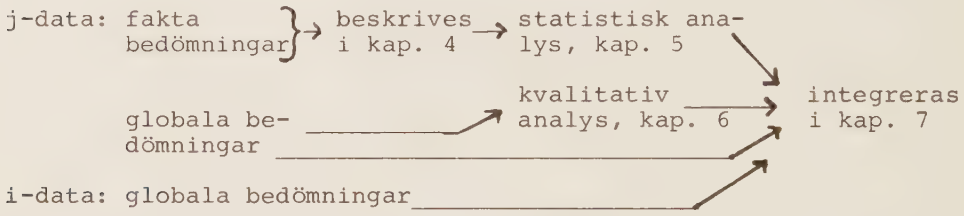


Fig. 1: Översikt över hur datakällorna, journaldata (j-data) och intervjudata (i-data), har använts och var de olika resultaten redovisas.

De mest omfattande bearbetningarna har skett utifrån journaldata. All denna bearbetning har genomförts före bearbetningen av intervjudata, som i denna rapport används i mycket begränsad omfattning. För en utförligare redovisning av intervjudata hänvisas till Herlin (1980).

Val av dataunderlag

I en pilotstudie prövades möjligheten att via journalinformation göra en beskrivning av familjerna och deras problem samt någon form av effektmätning.

Pilotstudie - journaler som informationskälla

I det följande redovisas den kunskap pilotstudien gav om journalerna som informationskälla. Ett slumpmässigt urval av 30 journaler från en PBU-mottagning, avskrivna 1976, undersöktes. De äldsta av dessa journaler hade upprättats i början av 1970-talet.

Förutom "daganteckningar" innehåller journalerna noggranna uppgifter omkring anmälan, ofta med återgivande av familjens egna ord. Som regel finns en omfattande redovisning av de första samtalen. Dessa utgör ju diagnostisk grund för behandlingen.

Tydliga diagnostiska ställningstaganden förekommer i begränsad utsträckning. Ett bakgrundsmaterial ges, medan slutsatsdragning i stor utsträckning överlämnas till läsaren.

Varje journal har också ett statistikkort (bil. 3) där en mängd uppgifter kan inhämtas om t. ex. familjeförhållanden, initiativtagare till anmälan, symptom och symptomförändringar. Familjernas syn på behandlingen finns också markerad. Remisser och brev finns väl samlade.

I material från 1975 och tidigare, före anslutningen till försäkringskassan, är det stundtals svårt att finna exakt datum, och därmed också exakta antalet besök. Utifrån denna iakttagelse, samt vissa andra oklara situationer, utformades regler för skattning av antal besök. Formuleringar som "några besök under hösten" fastställdes till tre besök. Gruppterapi skattades till 15 sessioner för höstterminen och 20 för vårterminen. Lekobservation räknades som separat besök. Om terapeuten vid skolbesök hade träffat barn eller familj räknades detta som besök.

Journalerna innehåller värdefull kvalitativ information som belyser behandlingsprocess och andra viktiga aspekter. Uppgifter om familjernas syn på behandlingen finns på statistikkorten, liksom, dock i begränsad omfattning, vad som har hänt med symptomen under behandlingen. Slutbedömningar, där vidtagna åtgärder värderas i förhållande till behandlingens mål, saknas ofta.

Svagheter i journalmaterialet är t. ex. att det rör sig om indirekta uppgifter, där informationen medvetet eller omedvetet är vald och gallrad av den terapeut som skrivit ned uppgifterna. Det är omöjligt att återge allt som sades, gjordes eller upplevdes. Väsentliga händelser utspelas också på omedveten nivå, t. ex. överföring och motöverföring.

Den teori som terapeuten använder för diagnostisering, och den behandlingsmetod som terapeuten är mest förtrogen med, styr sannolikt de uppgifter som söks i samtalen och återges i journalen. Problem kan uppstå i de situationer där terapeut och utvärderare använder olika teoretisk referensram. Så är dock inte fallet här. Urvalet av fakta har varit begripligt och högst relevant för utvärderarna. Inga av de använda teknikerna tycks stå i principiell motsättning till grundtankar i psykodynamisk teori. Det verkar som om det föreligger något av en gemensam "PBU-syn".

En påtaglig svårighet utgör de journaler som är ytterligt summariskt förda. Vissa data i dem kan kompletteras med uppgifter från statistikkorten. Dessa journaler förblir dock svåra att bedöma. En stor nackdel med journaler, till skillnad från t. ex. intervjuer, är att man inte kan få klargöranden eller tilläggsinformation. Materialet står som det står, med sina begränsningar. Ibland kan skeenden bli begripliga endast med hjälp av relativt långtgående tolkningar. Vissa frågor får lämnas helt obesvarade.

Slutsatserna från pilotstudien var dock att varje journal i stort sett innehöll en hög procent av den sökta informationen. När fakta om familjen och dess situation sattes samman med intrapsykiska och interpersonella uppgifter om diagnos och behandling, var underlaget för en klinisk bedömning tämligen gott.

Komplettering med intervjuinformation

Intervjuer med familjer planerades från början. I den reviderade utvärderingsplanen har det dock endast funnits ett mycket begränsat utrymme för intervjuer. Det har inte heller bedömts vara tillräckligt att bara intervjua familjerna - även terapeuterna borde ge sin syn på behandlingen.

Det främsta syftet med intervjuerna har varit att belysa familjernas upplevelser av både problem och behandling. På detta sätt kan i någon mån journaluppgifterna kompletteras och valideras. Dessa bygger ju på indirekta uppgifter om familjernas upplevelser. Särskilt när kontakten mellan familj och terapeut inte har hunnit utvecklas optimalt, eller av andra skäl inte har varit tillräckligt god, kan familjens egen beskrivning vara ett nödvändigt komplement för förståelse av vad som har förevarit.

Så långt det var möjligt skulle samma personer som varit involverade i behandlingen även delta i intervjun.

Av intervjuaren krävdes dels god kännedom om psykisk barna - och ungdomsvård, dels en fristående ställning i förhållande till PBU.

Intervjuerna gavs en halvstrukturerad form. Vissa frågeområden skulle täckas av, men intervjuaren kunde själv bestämma ordningsföljd och exakt formulering. Intervjuerna inspelades på band och skrevs sedan ut.

Innehållet i familjeintervjuerna skulle röra "familjens syn på sin dåvarande situation och de problem som föranledde kontakten med PBU; förväntningar på PBU som man minns dem; beskrivning av utfallet och eventuella förändringar; nuläge i familjen - psykologiskt status och social situation; nuvarande inställning till PBU" (Herlin 1980, s. 3).

Även de terapeuter som haft kontakt med familjerna intervjuades. I dessa intervjuer låg fokus på "terapeutens upplevelse och bedömning av familjens situation vid första mötet; motiv och eventuella arbetshypoteser för uppläggningen av den fortsatta kontakten; reflexioner rörande arbetet med familjen, avslutningen och utfallet. Dessutom är allmänna frågor rörande terapeutens arbetssituation, upplevelse av arbetet, utbildningsbakgrund m. m. av intresse" (Herlin a. a., s. 3).

I denna rapport kommer intervjumaterialet huvudsakligen att användas för att belysa familjernas upplevelser och därmed ge liv åt det material som kommer fram via journaler och databear-

betningar (se kap. 7). Intervjumaterialet är också redovisat i en separat rapport (Herlin 1980) men utifrån en annan infallsvinkel än här, nämligen terapeuternas yrkesfunktion.

Population

Önskan är att kunna generalisera till PBU-verksamheten inom hela landstingsområdet. Både korta kontakter och långtidsbehandlingar bör finnas representerade. Behandlingarna bör vara avslutade. Urvalet bör vara så aktuellt som möjligt, eftersom tidseffekter kan påräknas både i problematik och behandlingspraxis. Generaliseringsmöjligheterna kommer att diskuteras i kapitel 8.

Totalt fanns det drygt 382.000 barn och ungdomar mellan 0-19 år i SLL under år 1977. Av dessa var 10.226 fall, 2.7%, aktuella på någon PBU-mottagning under året. Den population som utgör underlag för urvalet är barn, ungdomar och/eller familjer som har sökt hjälp vid PBU i Stockholms läns landsting och som har avskrivits år 1977 som färdigbehandlade eller på grund av att utredning eller behandling avbröts av familjen. Denna grupp utgör 4.349 familjer. Hela landstingsområdet så när som på fyra kommuner är representerat.

Ett internt statistikkort görs upp på alla familjer som söker hjälp. Urvalet har genomförts utifrån dessa.

Av familjerna ovan uteslöts 181 fall, 4.2%, på grund av att insatsen rubricerats som "av myndighet beställd utredning med utlåtande" (PBUs statistikkort 1971-80, bil. 3). Det rör sig här om t. ex. vårdnadsmål eller intyg för intagning på ungdomsvårdsskola. Familjerna har inte begärt hjälp själva. Gruppen är liten och kan med fördel studeras separat.

Ytterligare 51 familjer uteslöts på grund av att statistikkort saknas på familjen. Statistikkorten infördes på vissa mottagningar först år 1971. Dessa familjer har sökt hjälp före detta år. Familjerna har inte haft kontakt med PBU på lång tid. Av administrativa skäl har journalerna kvarstått som aktuella. En uteslutning av denna grupp ansågs inte kunna påverka undersökningen. Härefter återstod 4.117 familjer.

Urval

Journalerna skulle ge en bred belysning av PBU:s arbete. Samtidigt måste den information som erhölls kunna överblickas. Antalet journaler i urvalet fastställdes utifrån dessa synpunkter till 200. Urvalet skulle stratifieras utifrån kön och ärendetyp. Dessutom förelåg det ett krav på att alla mottagningar skulle vara representerade i urvalet. Urvalet av journaler

genomfördes i två steg, varefter det av ekonomiska skäl starkt begränsade intervjuurvalet, 25 familjer och deras terapeuter, genomfördes.

Stratifiering

Urvalet stratifierades, dels på grund av en önskan att få med tillräckligt många journaler från lågfrekventa grupper, dels på grund av ett antagande om att många jämförelser skulle göras mellan grupperna. Stratifieringsvariablerna utgörs av kön och ärendetyp. Även fördelningen över mottagningarna skulle bevakas.

Könsfördelning: Under alla år har det varit en övervikt av pojkar i anmälningarna. Båda könen är dock lika intressanta ur undersökningssynpunkt. Det är känt att problem, anmälningsåldrar m. m. skiljer sig mellan könen. I populationen är fördelningen 56,5% pojkar och 43,5% flickor. För att underlätta jämförelser beslutades att lika många journaler på pojkar som på flickor skulle ingå i urvalet.

Ärendetyper: De fem vanligaste åtgärdstyperna skiljer sig definitionsmässigt åt när det gäller omfattningen av insatserna. Förekomsten varierar mellan 10% och 33%. Kanske skulle det visa sig viktigt att kunna jämföra mellan olika ärendetyper? Det gällde också att se till att var och en av dessa representeras i tillräcklig omfattning av båda könen. Därför beslutades att lika många fall skulle ingå från var och en av de vanligaste typerna. Följande definitioner finns för de ärendetyper som ingår i utvärderingen (bil. 3):

> "Barnpsykiatrisk konsultation: Ingen fullständig utredning utan endast ett eller ett par besök.
>
> Utredning med rådgivning: Fall där det görs en utredning med anamnes, testning, observationer av olika slag, och därefter ett eller ett par samtal kring problemen.
>
> Fortlöpande kontakt: Efter utredning står ärendet kvar som aktuellt under ganska lång tid, under vilken det inte är någon regelbunden kontakt. Kan även innebära en hel del arbete antingen direkt eller indirekt t. ex. genom lärare eller personal på institution eller av social art i barnets hem eller skolmiljö.
>
> Behandlingsfall: Barnen och/eller föräldrarna går i planerat regelmässig behandling individuellt eller i grupp under kortare eller längre tid...
>
> Undersökning respektive kontakt ej fullföljd: Här markeras dels de som efter första besöket överhuvudtaget ej kommit till undersökning trots att de fått tider, dels de som avbrutit undersökningen trots att de fått tider, dels de som avbrutit undersökningen innan patienten genomgått de undersökningar de fått tid till. Dels också de som bryter kontakten trots våra försök att hålla dem kvar eller flyttar från orten."

Handläggningen av varje familj kategoriseras utifrån dessa ärendetyper. Nedan redovisas förekomsten av olika ärendetyper i population och urval.

Tabell 1
Ärendetypernas förekomst i population och urval

ärendets typ	% i popul.	% i urval
barnpsykiatrisk konsultation	27	20
utredning med rådgivning	13	20
fortlöpande kontakt	10	20
behandlingsfall	33	20
utredning/behandling avbruten	17	20
Summa	100	100

Ungefär en tredjedel av populationen består av behandlingsfall. Minst frekvent är fortlöpande kontakt och utredning med rådgivning. Urvalet innehåller 20% av varje ärendetyp.

Fördelning över mottagningarna: Alla mottagningar skulle vara representerade i urvalet. I och med att mottagningarna är geografiskt spridda över landstingsområdet, tillförsäkrades urvalet också en förekomst av alla typer av boendemiljöer, såsom innerstad, äldre förorter, nya förorter, ytterförorter och ren glesbygd. Dessa och andra olikheter kan också ha inverkan på belastning och arbetsutformning på de olika mottagningarna. Även personal/terapeut är en viktig oberoende variabel som bör vara representativ. Urvalsproceduren skulle därför fortsätta tills ovanstående krav var uppfyllt. Antalet familjer per mottagning ansågs dock vara av mindre intresse.

Förhållande mellan urval och population: Genom att ge stratifieringsvariablerna vikt i förhållande till deras förekomst i populationen kan populationsparametrarna uppskattas. Det visar sig då att skillnaderna mellan urval och population, med några få viktiga undantag, är mycket små. I beskrivande delar redovisas endast förhållandena i urvalet; detta på grund av att vissa kvalitativa data rimligen inte kan räknas om. När skillnaderna mellan urval och uppskattad populationsparameter överstiger två procentenheter kommer detta att anges. I den statistiska analysen har vikter lagts in i försök att upphäva effekterna av stratifieringen.

Genomförande av journalurval

Urvalet gjordes i april 1978, d.v.s. så snart alla statistikkort för år 1977 fanns tillgängliga. Vart nionde kort togs ut; sammanlagt 457 kort. Dessa sorterades efter kön och efter ärendets typ, varvid tio buntar erhölls, var och en innehållande mer än 20 kort. Via slumptalstabell reducerades antalet kort i

varje bunt till 20. En kontroll visade att samtliga PBU-centraler var representerade i urvalet. De till statistikkorten hörande journalerna inlånades. Vid återanmälningar rekvirerades även tidigare journaler på barnen.

Sammanfattningsvis ingår i urvalet av de 200 journalerna lika många pojkar som flickor. Lika många fall ingår från var och en av de fem vanligaste åtgärdstyperna. Samtliga PBU-centraler är representerade i urvalet.

Genomförande av intervjuurval

Via slumptalstabell togs fem familjer ut från varje åtgärdstyp. Tolv familjer med flickor och 13 familjer med pojkar kom därvid med i intervjuurvalet. De terapeuter som hade mött dessa familjer skulle också intervjuas.

Bearbetning av journalmaterialet

En mängd fakta har insamlats från journalerna med tillhörigt statistikkort. Journalerna har också varit föremål för bedömningar av enskilda variabler samt för globala bedömningar. Samtliga sammanställningar, uppgifter om antal, procent m. m. bygger helt på uppgifter från journalmaterialet.

Analysformulär

För att ta till vara all viktig information har ett omfattande analysformulär arbetats fram (bil. 1). Som underlag för detta har använts olika anamnesformulär, utvecklingsscheman, jagutvecklingsskalor och bedömningar av familjedynamik och struktur (Freud 1963, Humble & Settergren 1973 samt Kihlbom & Söderström 1976) samt erfarenheterna från pilotstudien. Formuläret har delats upp i fyra huvudområden:

1. Allmän information: Är det första gången familjen söker hjälp? Väntetid? Barnets ålder? Familjemedlemmar, åldrar, förändringar i familjesammansättning?

2. Initial inställning: Vad anger familjen som anmälningsorsak? Hur beskrivs problemen vid första besöket? Vem visar tydligast hjälpintresse? Hur uppfattar familjen PBU? Finns det förväntan eller hopp om hjälp?

3. Familjens problem: Hur ser familjens sociala och psykologiska situation ut? Familjens barninriktning? Barnet, dess utvecklingsnivå och livssituation bedöms. Finns det tecken på upprepade, likartade kriser hos barn och/eller föräldrar? Går det att finna utlösande faktorer bakom hjälpsökandet? Kan man utifrån journalen förstå barnets problem i förhållande till familjens situation i stort? Vad behöver förändras? Vad är realistiskt som målsättning?

4. Handläggning och behandling: Hur utformas behandlingen? Antal besök, antal terapeuter? Typ av åtgärder? Typ av kontrakt eller annan struktur? Angivna mål, motiv för dessa. Har familjen samtidigt kontakt med flera vårdorgan? Hur utformas i så fall samarbetet mellan dessa? Hur avslutas kontakten? Finns det tecken på behandlingsprocess? Hur ser familjen på behandlingen? Hur går det med symptomen? Kan terapeuternas attityd till familjen skönjas? Finns det tänkbara alternativa åtgärder?

Detta omfattande formulär har använts i sin helhet av författaren. Alla journaler har dock bedömts av minst två bedömare. De medbedömare som har varit involverade (se s. 38-39) har erbjudits en förkortad version (bil. 2). I bedömningen har allt journalmaterial använts, även eventuella tidigare journaler på barnen.

Bedömning av problem

Stor möda lades ned i försöken att fastställa utgångsmått inför behandlingen. Journalerna innehåller dock sällan klara diagnostiska ställningstaganden, trots att riklig information om problemet och om familjens situation som regel ges. Det är svårt att sammanfatta dessa komplicerade förhållanden på något enkelt sätt. Det saknas också ett gemensamt diagnostiskt språk som skulle kunna överbrygga mellan individualdiagnostik och familjediagnostik.

Enligt pilotstudien kan man förvänta sig en hög procent korta kontakter. Att genomföra en tillförlitlig och komplicerad diagnostik på några få samtal är svårt. Inte ens en fullständig utredning kan alltid ge klart svar. Många behandlingar startar med en viss osäkerhet angående exakt diagnos och med alternativa förklaringar bevarade. I dessa fall inträffar det inte sällan att man ändrar inriktningen på behandlingen vid en senare tidpunkt.

Informationen har ofta lämnats av föräldrarna. Det blir då särskilt vanskligt att via journaler bedöma t. ex. mycket små barn, eller barn och ungdomar som inte går med på att själva besöka PBU. Föräldrarnas information är viktig, men ger som regel bara en sida av problemen i något som ofta visar sig vara en konflikt. Det kan alltså vara svårt att erhålla en tillräckligt god beskrivning av barnet och dess problem. Informationsmängden skiftar också.

Beträffande diagnostisering av driftutveckling är materialet ojämnt och otillräckligt. De olika familjemedlemmarnas objektrelationer, och därmed objektrelationsutveckling, framgår ofta i relationen till terapeuten. En hel del av denna information finns därför i materialet och kan bedömas utifrån beskrivnigar av kontaktens framväxt och kvalitet. Denna diagnostisering är viktig för bedömning av samarbetet i behandlingen. Därför kommer framställningen att fokuseras på denna typ av diagnostisering.

Ovan beskrivna problem är inte unika för PBU-verksamheten eller för barnpsykiatrisk verksamhet i Sverige (se kap. 2). De försvårar dock en diagnostisering utifrån journalmaterialet. Det har inte gått att fastställa utgångsläget något så när exakt och enhetligt.

En uppfattning av utgångsläget kan erhållas i kapitel 4, där familjernas sätt att presentera problemen beskrivs och de anmälda barnens svårigheter redovisas i form av en översikt över hur föräldrarna formulerar problemen, vilka barnens huvudsymptom är samt bedömning av motivation och kontaktuppbyggnad.

Den globala bedömning som gjorts av familjens problem är också väsentlig. Den bidrar till att nyansera och berika andra beskrivningar av problemen. Förekomsten av parallella, oberoende bedömningar av familjernas problem bidrar också till att hålla subjektiva uppfattningar hos bedömarna under kontroll.

Bedömning av behandling

Effekter av behandling måste fastställas utifrån verksamhetens mål. När det gäller PBU dominerar hälsomålet helt. Arbetet skall gå ut på att bota och lindra psykiska störningar samt på att förebygga psykisk ohälsa. Kunskapsmålen, att patienten når ökad självkännedom genom insikt i omedvetna konflikter, förekommer knappast i renodlad form. De är dock sannolikt alltid inkluderade i terapeuternas ambitioner.

I kapitel 2 har behandlingsutfall diskuterats i relation till långtidsterapier. Detta material innehåller huvudsakligen korta behandlingskontakter. Att välja relevanta kriterier för att retrospektivt belysa inverkan av t. ex. tre behandlingstillfällen är svårt. Familjerna utsätts för ständig påverkan från olika håll, får kanske hjälp och stöd av släkt, vänner eller grannar, drabbas kanske av svåra yttre situationer, blir arbetslösa, får daghemsplats m.m.

Tre olika uppgifter kan dock användas som effektkriterier för jämförelser inom materialet, nämligen

- tecken på behandlingsprocess
- förbättring enligt familjen
- symptomlindring

Med behandlingsprocess avses den speciella interaktion mellan terapeut och patient, eller mellan familjemedlemmar och i relation till terapeuten, i vilken problemen bearbetas och, enligt psykodynamisk teori, leder till inre förändring och/eller ändrat förhållningssätt. Strävan mot hälsomål dominerar, men inslag av kunskapsmål förekommer.

Enligt denna definition är behandlingsprocess nära förknippad med terapeutens strävan att ge insikt i problem på förmedveten och omedveten nivå (Dewald 1964). Definitionen begränsar inte processmarkering till avancerade former av insiktsterapi, även om behandlingsprocess kan förväntas i mycket begränsad omfattning i stödterapi. Erfarenheterna från pilotstudien visade att

det gick, med hjälp av begränsad tolkning, att se att ett visst problem hade bearbetats, att familjen hade fått något att tänka på, kom tillbaka och delade sina funderingar efter föregående samtal med terapeuterna. Detta förekom även vid mycket korta kontakter.

För att kodifieras som behandlingsprocess skall det gå att utifrån journalen peka på något speciellt problem som har förändrats och som kan relateras till behandlingen. Enbart en god kontaktuppbyggnad har inte ansetts tillräcklig. Att familjen har kunnat ta till sig en omformulering av det anmälda problemet i någon grad har bedömts som tecken på process, även om kanske bearbetningen av det underliggande problemet sedan har uteblivit. Ett vanligt exempel är att en familj har orkat inse att det inte isolerat har rört sig om ett problem bara hos barnet. En begränsad process i en mycket störd familj har bedömts positivt, liksom processtecken som senare följs av bakslag.

Familjens uppfattning av behandlingen och dess resultat förefaller vara det vanligaste effektkriteriet av litteraturen att döma (se kap. 2), även om tillförlitligheten kan diskuteras. Ottosson (1972) skriver om patientens tendens att uppleva förbättring om förhållandet till läkaren är gott.

Detta kriterium är inte knutet till någon speciell behandlingsinriktning. Sannolikt dominerar hälsomålet för familjen, men familjernas önskningar om kunskapsmål bör inte underskattas. Skodol, Kass och Charles (1979) har undersökt kriser i pågående psykoterapier utifrån akutbesök av dessa patienter på en öppenvårdsmottagning. Man fann problem i kontakten mellan terapeut och patient. En viktig skillnad mellan terapeuter och patienter var att terapeuterna trodde patienterna främst ville ha stöd, medan patienterna främst satte behovet att förstå sig själva.

Familjerna har inte sällan en ambivalent hållning till behandlingen. Kanske tycker man sig ha fått hjälp med svåra problem. Men behandlingen var sannolikt också påfrestande och kanske fick man inte den form av hjälp man från början hade väntat sig. Det kan vara svårt att tillstå att man är besviken över en behandling som man har satsat på. Man kan vara bunden i ett beroendeförhållande till terapeuten. Man kan ha dåligt samvete för en behandling som avbröts i förtid och man kan förhålla sig positiv för att slippa ta itu med ytterligare problem.

I vårt fall kompliceras situationen ytterligare genom att den information som finns av familjens syn på behandlingen har förmedlats av terapeuterna. Dessa har markerat familjens uppfattning på statistikkorten. Terapeuten kan ha varit styrd av vad bara han/hon anser har hänt, eller skulle ha önskat hade hänt. Uppgiften är dessutom ofta svårbedömd. Detta avspeglas också i att terapeuterna i hög utsträckning har avstått från att fylla i uppgiften - vilket dock sannolikt bidrar till ökad säkerhet för de uppgifter som faktiskt är markerade.

Vid noteringen av detta kriterium har bedömningen på statistikkortet tagits för god, utan vidare tolkning. Sex mycket gamla journaler har statistikkort av en typ där denna uppgift saknas.

I ytterligare några fall har markeringarna varit svårtydda eller saknats. I samtliga dessa fall har uppgifter i journalen använts för markering på det alternativ som har legat närmast till hands.

När det gäller symptomlindring, är de problem som familjerna ber om hjälp med ofta mycket diffust formulerade. Som regel anges dock även speciella symptom hos barnet. I behandlingsprocessen har problemet ofta omformulerats. Det ursprungligen anmälda problemet har då ibland framstått som mindre intressant. Ofta försvinner därmed ytterligare information om symptomförändring ur journalen. Viss information kan man ändå finna i journalerna och även på statistikkortet.

Ett annat problem med symptomlindring som kriterium är förekomsten av "skentillfrisknande". Att ta itu med problemen i en behandling upplevs som så hotande att patienten omedvetet upphör med symptomet (Freud 1965). För att så långt det är möjligt undvika dessa falska symptomlindringar, har kriteriet endast använts när man kan räkna med att en kontakt har hunnit etableras mellan familj och terapeut. Endast behandlingskontakter omfattande mer än fem samtal har därför inkluderats här. Familjens samtliga kontakter med PBU har då räknats in.

Symptomlindring kan förekomma vid såväl insiktsterapi som stödterapi. Kriteriet är nära knutet till hälsomålet. Vikten av detta kriterium betonas allmänt (t. ex. Levitt 1957a, Rutter 1982).

När det gäller den globala bedömningen av terapeuternas arbete har uppgifter angående behandlingsplan, process, teori och teknik studerats i syfte att få en helhetsbild av handläggning och behandling. Förekomsten av flera oberoende bedömare har minskat risken för alltför personligt färgade bedömningar från utvärderarnas sida.

Globala bedömningar - genomförande

Allt journalmaterial kring familjen har sammanställts i fallbeskrivningar, fokuserade på de två globala variablerna familjernas problem och terapeuternas behandling av familjerna. Oberoende bedömningar gjordes för att undersöka om journalinnehållet hade uppfattats på ett likartat sätt av olika experter, samt för att motverka ensidiga eller alltför personligt färgade bedömningar. Utifrån varje journal har det alltså gjorts minst två fallbeskrivningar, med undantag för en journal som av tekniska skäl endast kunnat bedömas av författaren. Avsteg från kravet på skriftlig bedömning har skett i ett fåtal fall (mindre än 5%).

Samtliga journaler har bedömts av författaren, med slumpad ordningsföljd och en fjärdedel av varje stratum i taget, enligt det utförliga analysformuläret (bil. 1). Detta visade sig vara mycket tidskrävande. Om flera oberoende bedömare skulle ha bedömt hela analysformuläret skulle en omfattande samträningsperiod och en mångfaldigad tidssatsning från bedömarnas sida ha

krävts. Därför har övriga bedömare använt den förkortade versionen, med utrymme för personlig utformning, vilket resulterat i verbala bedömningar på ca en halv till en sida.

De sex bedömarna representerar olika teamkategorier (psykologer, socionomer och läkare) samt har, förutom en gemensam kunskap och erfarenhet av arbetet vid PBU, haft något olika specialisering, t.ex. individualterapi för barn/vuxna, familjeterapi, erfarenhet av olika samverkansformer. I de fall journalen är markerad på en speciell typ av insats, har den också bedömts av åtminstone en bedömare med denna inriktning.

Bedömarna har därpå jämfört uppfattningar om familjens problem. I denna bedömning medtogs alla initialbedömningar och/eller diagnoser, bedömning av de olika familjemedlemmarnas utgångsläge och utvecklingsnivå. En genetisk förståelse av materialet (Dewald 1964) eftersträvades, liksom dynamisk förståelse av enskilda familjemedlemmars budskap. Utvärderarna försökte bilda sig en uppfattning om vad som behövde förändras, respektive vad som kunde ses som tecken på framgångsrik behandling och diskuterat detta i relation till hur behandlingen faktiskt utvecklades. Faktorer som kunde underlätta, respektive försvåra, en behandling uppmärksammades.

Ibland har det varit svårt att avskriva alternativa diagnoser eller förklaringar. Alternativen har då fått kvarstå, hellre än att ett definitivt ställningstagande gjorts på ett otillräckligt material. Bedömardiskussionen har avslutats med spekulationer kring alternativa handläggningsförfaranden.

Vid dessa diskussioner har det uppstått behov av närmare analyser och bearbetningar av materialet. Dessa har genomförts av författaren och kommer i fortsättningen att redovisas som efterhandsanalyser.

De globala bedömningarna har varit mycket komplexa. Det har inte varit möjligt att ange yttre kriterier för bedömningarna. En mängd olika data har sammanvävts med komplex teoretisk och intuitiv kunskap och erfarenhet hos bedömaren. Det rör sig om en konvergens i synsätt inför störningens form och djup, liksom i synen på den genomförda behandlingen. Efter varje redovisning av de olika bedömarnas uppfattning har diskuterats i vad mån enighet rådde beträffande problem och behandling (tabell 2). Då överensstämmelsen mellan de båda bedömningarna var synnerligen hög, redovisas bedömningarna sammanslagna.

Tabell 2
Överensstämmelse mellan bedömarna,
globala bedömningar
n=200

kategori	antal fall
god överensstämmelse	173
viss överensstämmelse	5
ej överens	-
otillräckligt material	22
summa	200

Överensstämmelsen mellan bedömarna har huvudsakligen legat på "god". Kategorin "ej överens" har inte förekommit. Ställningstagandena kan i dessa globala och fria bedömningar aldrig vara exakt lika. Ibland har alternativa förklaringar fått kvarstå. Den goda överensstämmelsen enligt tabellen talar för att bedömarna har en omfattande gemensam referensram ifråga om utbildning i och erfarenhet av behandling utifrån en psykoanalytisk grundsyn. Även Rutter (1981) har funnit att man erhåller en god överensstämmelse mellan bedömare vid kliniska "overall"-skattningar, därför att erfarna kliniker har en viss konsekvens i sina bedömningar av vad som är god och dålig behandling.

De globala bedömningarna är svåra att redovisa i all sin komplexitet. Och det är inte den enskilda familjens problem eller terapeutens arbetsinsats som är av intresse, utan generella drag och svårigheter i problem och behandling. Resultatet av ovanstående arbete kommer att redovisas i olika sammanställningar i kapitel 4, 6 och 7.

Samstämmigheten mellan bedömarna när det gäller enstaka variabler redovisas på s. 48 resp. s. 60.

Statistisk analysmodell för journaldata

Hur en behandlingsinsats utfaller kan tänkas bero på en rad faktorer. Somliga av dessa är generella, andra synnerligen specifika och nära knutna till enskilda individer. I en statistisk analys är det de generella faktorerna som står i fokus. Utifrån de tre kriterierna på behandlingseffekt har materialet analyserats med hjälp av multipel regressionsanalys. Härvid har vikter lagts in för att erhålla en bättre bild av förhållandena i populationen. Följande refererade faktorer har antagits vara väsentliga i denna analys.

1. Bakgrundsvariabler som rör barnen och ungdomarna: Kön och ålder vid hjälpsökandet, antal syskon och plats i syskonskaran.

2. Familjevariabler: Sammanlevande biologiska föräldrar eller ej, stabilitet i föräldrarollerna, familjestruktur och invandrarskap.

3-4. Variabler knutna till problemen: Vilka symptom söker familjen hjälp för? Hur många symptom har barnet? Söker familjen hjälp utifrån egna behov eller har man utsatts för påtryckning? Hur stark är familjens motivation och hur går det med den initiala kontaktuppbyggnaden i förhållande till terapeuten?

5. Behandlingsvariabler: Vilken roll spelar behandlingens längd? Är olika behandlingsinsatser olika effektiva - och är detta i så fall knutet till tidigare nämnda faktorer? Spelar det roll om utredningen eller behandlingen slutar med ett oplanerat avbrott?

Inverkan av dessa olika data om barn och familj har analyserats i förhållande till varje kriterium för sig samt i förhållande till det sammanslagna antalet kriterier som uppfyllts eller ej. Eftersom ovan beskrivna data har en logisk tidsföljd, där vissa grupper av variabler tidsmässigt har föregått andra, har en hierarkisk modell för multipel regressionsanalys valts.

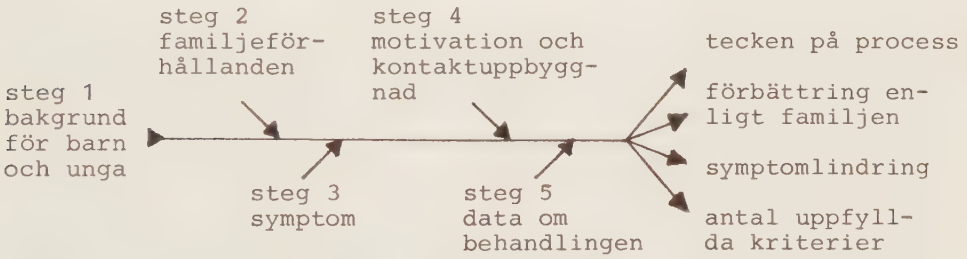


Fig. 2. Modell för hierarkisk multipel regressionsanalys.

I modellen undersöks först vad variablerna under steg 1 har haft för inverkan på kriterierna och en multipel korrelationskoefficient räknas fram. Till detta läggs sedan inverkan av variablerna under steg 2, o. s. v. tills samtliga steg har medtagits i analysen.

Kvalitativa beskrivningar utifrån journaldata

Med kvalitativa resultat avses de uppgifter och förhållanden som funnits vara av vikt, men som inte på något enkelt sätt låter sig mätas. Dessa data har klassificerats på olika sätt. De viktigaste frågeställningarna här är: Vad fick familjerna hjälp med? Vilka var bristerna?

Borde inte främst familjerna själva besvara dessa frågor? Endast en åttondel av familjerna har intervjuats i utvärderingen. Dessa data är svårtolkade. De kan inte på något enkelt sätt beskrivas eller kodas. En global helhetsbild måste finnas med, innefattande en hög grad av tolkning. Ibland fick familjen inte det de hade väntat sig - men kanske fick de en hjälp de inte hade tänkt på från början. Det hände att en familj uttryckte besvikelse, men i en bisats samtidigt beskrev mycket konstruktiva inslag i mötet med terapeuten.

Vem kan då ge ord åt det familjen fick hjälp med? Vem kan beskriva bristerna?

En beskrivning av vad som påverkats i behandlingen föreligger för de familjer där behandlingen har ansetts innehålla tecken på behandlingsprocess. En av bedömaruppgifterna har gått ut på att beskriva vari behandlingsprocessen har bestått. Bedömardiskussionerna har även berört vilka brister som förelegat.

Bedömarna har eftersträvat en helhetsbild. Detta har genomsyrat bedömardiskussionerna. Hela komplexiteten i bedömningarna kan dock ej bevaras. Det resultatet skulle utgöras av mer än 400 fallbeskrivningar (minst två per familj). Materialet måste struktureras för att göra det möjligt att sammanställa innehållet i fallbeskrivningarna.

Ett rimligt betraktelsesätt är, att ju fler effektkriterier som är uppfyllda, desto säkrare kan man vara på att behandlingen har varit framgångsrik. I många undersökningar nöjer man sig med uppfyllelse av ett effektkriterium. Utan att ta alltför stor risk, kan man sannolikt påstå att behandlingen har varit framgångsrik för de familjer för vilka två av de tre effektkriterierna är uppfyllda.

För att kvalitativt belysa vad familjerna fick hjälp med har analysen omfattat alla familjer som uppfyller minst två effektkriterier. Så långt det har varit möjligt har därvid bedömarnas beskrivning av innehållet i behandlingsprocessen använts. Dessa beskrivningar innehåller endast positiva element. Samtidigt vet man dock att det finns svaga punkter, missförstånd mellan terapeut och patient, besvikelser och avbrott även i denna grupp, ty det hör till.

Vilka var då bristerna? De familjer som inte uppfyller något eller endast ett effektkriterium har delats i två grupper utifrån antal besök (1-5 resp. mer än 5 besök) och har sedan klassificerats. För dessa kommer dock endast det som har ansetts vara huvudbristerna att redovisas, fastän det också i dessa fall finns många positiva inslag och nöjda familjer. Med hjälp av dessa grupper beskrivs vad som har varit bristfälligt i behandlingen.

Kategoriseringar av material av denna typ riskerar alltid att bli konstlade. En strävan är att så litet tolkning som möjligt skall tillgripas. Den teoretiska nivån blir då istället ojämn. En annan svårighet är att fall kan hänföras till olika undergrupper beroende på vilken infallsvinkel man har. Undergrupper

kan överlappa varandra. Ändå ger som regel kategoriseringarna mer översiktlig information än globala beskrivningar. Resultatet av dessa kvalitativa beskrivningar redovisas i kapitel 6.

Bearbetning av intervjuerna

Hur upplevde familjerna PBU-kontakten? Samma personer som bedömt journalen har så långt det har varit möjligt också bedömt intervjun. Intervjuaren deltog dessutom i detta arbete. Diskussionen skedde utifrån samma variabler som ovan, familjens problem och terapeuternas behandling av familjen. En jämförelse gjordes mellan hur dessa har uppfattats utifrån journalanalysen och hur bedömarna uppfattade dem efter att ha tagit del av intervjuerna.

Samma intervjuare genomförde alla intervjuerna. Även intervjuaren hade erfarenhet av arbete inom barnpsykiatri och hade en psykodynamisk inriktning i teoretiskt avseende.

Integrering av kvalitativa och kvantitativa data

Familjernas motivation, symptom och reaktioner på behandlingsinslag har bearbetats både statistiskt och kvalitativt. Resultaten av den multipla regressionsanalysen och övriga sambandsberäkningar har ställts samman med information från de kvalitativa beskrivningarna, kategoriseringarna och intervjudata. Utifrån detta diskuteras tänkbara orsaker och alternativa förklaringar. Denna integration ger en mer nyanserad och differentierad bild än enstaka analyser (kap. 7).

En mängd relevanta uppgifter av kvalitativ karaktär återfinns i journalerna. Många frågor väcktes också under arbetets gång. Vissa av dessa har analyserats närmare i efterhand, i försöken att ta tillvara all tillgänglig information. Efterhandsanalyser får dock mera betraktas som antaganden som bör undersökas närmare, än som direkta resultat.

Samtliga data används i försöken att besvara vad som alltmer blivit en övergripande fråga: Vad bör förändras för att i högre grad lösa de uppgifter som faktiskt tilldelas PBU (kap. 8)?

Kapitel 4

RESULTAT
BESKRIVNING AV BAKGRUNDSFAKTORER, PROBLEM OCH BEHANDLING

Frågeställningar

I detta kapitel belyses följande frågeställningar:

Vilka barn, ungdomar och/eller föräldrar söker sig till PBU? Här beskrivs bakgrundsvariabler för barn och ungdomar samt familjevariabler.

Vad ber de om hjälp med? Symptom, motivation och kontaktuppbyggnad belyses.

Vad händer när de kommer till PBU? Behandlingsvariabler av litet olika karaktär redovisas, t. ex. antal besök, behandlingsformer och andra åtgärder.

Har behandlingen varit framgångsrik? Kriterier för effektbedömning redovisas och sammanställs.

Resultaten jämförs med andra undersökningar, främst Curmans och Nylanders material (1975). Jämförelse görs också mellan populationen och de båda urvalen, journalurval och intervjuurval.

I nedanstående kapitel kommer förhållandena i urvalet att presenteras. Populationsparametrarna har uppskattats, och med några få viktiga undantag skiljer de sig obetydligt från urvalets. När skillnaden överstiger två procentenheter kommer även de uppskattade populationsparametrarna att anges.

De översikter som presenteras bygger på de journaluppgifter som insamlats (bil. 2). Variablerna har utvalts främst utifrån sin betydelse. Vissa av de insamlade variablerna redovisas ej här, antingen på grund av stort bortfall av uppgifter eller på grund av svåröverskådliga data. Samtliga befintliga uppgifter har dock inkluderats i de kvalitativa analyserna (kap. 6 och 7).

Bakgrundsvariabler för barn och ungdomar

Könsfördelning

Könsfördelningen i urvalet är på grund av stratifiering jämn, med 50% av varje kön; 100 flickor och 100 pojkar. I populationen är andelen flickor 43.5%. I Curmans och Nylanders (1975)

material utgjorde flickorna endast 35% av de barn som var aktuella vid PBU åren 1953-55.

Åldrar

Åldern vid inskrivningen varierade mellan 1-20 år (samt en överårig flicka), med en medianålder på 9.4 år (n=200). Medianåldern för pojkarna var 8.5 år medan den för flickorna var något högre, 11.0 år.

Eftersom journalerna hade varit aktuella i genomsnitt 2.5 år, var medianåldern på barnen vid avskrivningen 12 år. Avskrivningsåldern kan jämföras med uppgifter från Curman och Nylander (1975). I deras material, som avsåg fall aktuella under åren 1953-55, var avskrivningsåldern 9.6 år, en skillnad på mer än två år. Det förefaller alltså som att barn och ungdomar som kom till PBU på 1970-talet var äldre än de som kom 1953-55.

Åldersgrupperna 0-6 år samt 7-12 år kan jämföras med folk-och bostadsräkningen från år 1975. De yngsta barnen, 0-6 år, är underrepresenterade i förhållande till sin förekomst i befolkningen, medan barnen mellan 7-12 år är överrepresenterade. Uppgifter för åldersgruppen 13-20 år saknas.

Familjevariabler

Fostrare

Vem har stått för barnens fostran, den ena eller båda de biologiska föräldrarna? Har dessa sammanlevt eller inte?

Tabell 3
De biologiska föräldrarnas civilstånd
n=200

civilstånd	procent
gifta, samboende	49
hemskilda	4.5
skilda	36
änka/änkling	6
övrigt	4.5
summa	100.0

Ungefär hälften av barnen har samboende biologiska föräldrar. Övriga barn har varit med om uppbrott av en förälder eller har aldrig levt tillsammans med båda sina föräldrar.

För huvudparten av gruppen "övrigt" saknas uppgift om tidigare samboende. År 1977 hade dock dessa barn ensamboende mödrar.

I en riksundersökning (SOR 1980:2) visade det sig att 58% av de barn som varit aktuella för barnpsykiatrisk vård hade bott tillsammans med gifta eller samboende biologiska föräldrar. Då det i den offentliga statistiken inte görs åtskillnad mellan biologiska föräldrar och styvföräldrar, kan ovanstående ej jämföras med förhållanden i totalbefolkningen.

Femtiofem procent av barnen har haft samme manlige fostrare och 78% samma kvinnliga fostrare hela uppväxttiden. Cirka 16% av barnen har under någon period varit omhändertagna för samhällsvård.

Familjestruktur

I samband med bedömardiskussionerna kring familjernas problem uppstod behov av en grov differentiering av familjernas struktur. Det tycktes ibland för terapeuterna vara svårt att välja ut "rätt" personer för familjebehandling. Efter många mindre framgångsrika försök att via journalerna bedöma familjens psykologiska situation, gjordes istället en grov skattning av den yttre stabiliteten i familjen. Följande tre grupper kunde urskiljas:

-stabil familjebild
-familj i akut förändringssituation
-familj med långvarig instabilitet i relationerna

Med stabil familjebild avses att samtliga medlemmar klart vet vilka som lever tillsammans stadigvarande och accepterar varandras rätt att finnas med i gemenskapen. Enligt denna definition räknas många olika familjetyper till denna kategori. Familjen kan bestå av mor och/eller far och barn. Det kan förekomma styvföräldrar eller röra sig om en fosterfamilj. Även ungdomar som på ett planerat sätt flyttat till egen bostad, med eller utan partner, betraktas som en familj.

För familjer i akut förändringssituation finns det tecken på att det rått en högre grad av stabilitet i familjen tidigare, samtidigt som det nuvarande läget är tämligen kaotiskt. Förhoppningen finns dock att medlemmarna kommer att återfinna en stabilitet, tillsammans eller åtskilda. Allvarliga skilsmässoplaner dominerar som orsak till kaos.

Familjemedlemmar med långvarig instabilitet i relationerna har på något sätt vägrat att ta ställning till om de tänker leva tillsammans eller ej i familjen. Dessa familjers utvägar ur konflikter domineras av utstötning och/eller flykt. Ibland har familjerna omfattande problem på alla plan. Det förekommer dock även att den "sociala fasaden" är väl bevarad.

Stabil familjebild dominerar i materialet, då drygt tre femtedelar (64%) av familjerna hör hit. De båda övriga grupperna omfattar vardera knappt en femtedel (18% i båda grupperna) av materialet.

Familjekategoriseringen fanns inte med i det ursprungliga analysformuläret utan har tillkommit i efterhand.

Syskonförhållanden

Tabell 4
Förekomst av syskon
n=200

antal syskon	procent
ett syskon	42.5
två syskon	23.5
tre eller flera syskon	15.0
inget syskon	18.0
uppgift saknas	1.0
summa	100.0

Mer än 80% av barnen har syskon. Härvid har inkluderats halvsyskon, adoptivsyskon och fostersyskon.

Försök har gjorts att jämföra förekomst av syskon med uppgifter från folk- och bostadsräkningen 1975. Detta material är två år äldre än PBU-materialet och omfattar endast åldrarna 0-17 år. Dessutom räknas här istället antal barn per hushåll. Antal barn utan syskon är i detta material 28% medan det i PBU-materialet är 18%. Även Kinnrell och Lissnert (1980) har funnit att enbarnsfamiljer är underrepresenterade vid den öppna barn- och ungdomsmottagning som de undersökt i Göteborg.

I de familjer som har mer än ett barn har man i 41% av fallen sökt hjälp för det äldsta barnet och i 33% av fallen för det yngsta barnet. Mellanbarn har anmälts till 23%.

Det finns dock mellanbarn bara i 38.5% av familjerna. Anmälningar på mellanbarn skulle sannolikt vara vanligast om undersökningen endast hade omfattat familjer med minst tre barn, ty 49% av de familjer som har mellanbarn har anmält mellanbarn. Jämförelsen kompliceras dock av att det i stora familjer finns flera mellanbarn.

Föräldrars yrken, boende

Uppgifter om föräldrarnas yrken och familjens boende har insamlats, men bortfallet för dessa uppgifter är så stort att en redovisning är meningslös. Enligt uppgifter från Curman och Nylander (1975) skilde sig socialgruppsfördelningen i deras material från 1953-55 inte från den bland röstberättigade gifta män i Stockholm 1954. I en riksundersökning (SOR 1980:2) av barn, aktuella vid någon barnpsykiatrisk verksamhet hösten 1975, fanns det för storstadsbefolkningen en viss förskjutning mot högre socialgrupper, vilket inte var fallet för familjerna utanför storstäderna.

Invandrarskap

När barnet och/eller någon eller båda föräldrarna har invandrat har markering skett för invandrarbarn. Dessa utgör 21.5% (19% i populationen) av de hjälpsökande. Gruppen är mycket heterogen.

Andelen "utrikes födda" i Stockholms läns landsting uppgick 1977-12-31 till 12% enligt SCB.

Symptom

Familjens formulering av problemen

Den hjälpvädjan familjen framför kan vara ganska allmän och vagt formulerad. I tabellen nedan redovisas hur familjerna har presenterat problemen. Flera markeringar per familj kan förekomma. För fyra familjer saknas uppgift. Antal markeringar är 282.

Tabell 5
Familjens problemformulering för flickor, pojkar och totalt

problemformulering	i procent f	p	tot.
psykiska symptom hos barnet	44	46	45
relationsproblem inom familjen	17	10	13
läggningsfråga eller karaktärshållning	6	17	12
problem i relationer utanför familjen	5	10	8
praktiskt problem, t.ex. klassbyte	8	5	6
ovilja acceptera att det finns problem	6	2	4
annan problemformulering	13	10	11
summa	99	100	99

Uppställningen är huvudsakligen utarbetad av Kihlbom och Söderström (1976).

Nästan hälften av familjerna har presenterat problemen som symptom hos barnet. Tretton procent har från början talat om problemen som relationsproblem. Utifrån dessa båda problemformuleringar är det erfarenhetsmässigt lättast att starta ett samarbete omkring lösning av psykiska problem. Inför de övriga formuleringarna är det i början oklart om PBU ö.h.t. är rätt instans.

Familjens beredskap att omformulera problemet måste dock prövas. Stark spänning eller rädsla och svårighet att få kontakt med terapeuten kan göra att familjen för ögonblicket undviker problemformuleringar som kräver intrapsykisk eller interpersonell bearbetning. "Familjens problemformulering" belyser främst

motivation och kontaktuppbyggnad och har därför bearbetats statistiskt tillsammans med övriga variabler som mäter dessa begrepp.

Barnens huvudsymptom

Goda diagnostiska grupperingar för symptom hos barn saknas. Försök har därför gjorts att sammanföra symptomen i grupper och rangordna dessa efter hur tidigt de har uppkommit och hur allvarliga de är. Denna gruppering blir dock ganska grov, och ingen åtskillnad kan göras mellan tillfälliga och långvariga symptom eller om det rör sig om fixering eller regression.

Endast ett huvudsymptom markeras för varje barn, och därvid används det allvarligaste symptomet för barnet. Den rangordning som visas i tabellen ger läsaren möjlighet att se hur prioritering skett. Ett barn som anmälts för ett psykosomatiskt symptom och för kontaktsvårigheter redovisas t.ex. under psykosomatiskt symptom. En följd av detta blir då att symptomet kontaktsvårigheter får ganska få markeringar därför att det befinner sig långt ner på listan. Denna redovisning skall dock kompletteras med en översikt över de vanligaste symptomfrekvenserna i populationen.

Bedömning av huvudsymptom (tabell 6) har skett utifrån uppgifterna på statistikkorten angående förhållandena vid anmälan och utredning. Till gruppen speciella symptom har förts sådana symptom eller tillstånd som har en mycket kraftig inverkan på individernas utveckling.

För övriga symptom gäller, att ju tidigare de enligt psykoanalytisk utvecklingsteori kan antas ha uppstått i individens utveckling, desto större vikt har de tillmätts. Symptom som antyder låg grad av strukturering av personligheten (t. ex. utlevelse av impulser på destruktiva sätt) anses allvarligare än symptom som visar på en högre grad av strukturering (t. ex. för rigid impulskontroll). Symptom som visar på intrapsykiska konflikter går före symptom verbaliserade som relationssymptom och miljöreaktioner. Tydliga symptom prioriteras framför diffusa.

De symptomgrupper som teoretiskt kan anses vara mest homogena, utåtriktade symptom, psykosomatiska symptom, barnneurotiska symptom samt hämningssymptom, har undersökts närmare.

Reliabiliteten i bedömningen

Två oberoende bedömare har fastställt huvudsymptom enligt den på förhand uppgjorda prioriteringen. Enighet rådde i 92.5% av fallen. I övrigt förekom några felmarkeringar. Gruppen "övrigt" tillkom på grund av svårigheten att placera in några barn under övriga rubriker. En viss skillnad mellan bedömarna har förelegat för ett fåtal barn. Denna skillnad hänger samman med att en viss grad av tolkning alltid måste tillgripas, och denna kan utfalla litet olika. Inga systematiska skillnader märks, och inverkan på totalredovisningen är nära nog obefintlig.

Tabell 6
Huvudsymptom för de anmälda barnen
n=200

symptom	antal
spec. problem: neurol. symptom (7), försen. utv. (8), kroppsl. sjukdom el. handikapp (5), mer än 8 symptom (4) samt suicidförsök (7).	31
utåtrikt. symptom: destr. beteende, snatteri, missbruk, vanebruk av alkohol, sex. utager., vagabondage, skolk	19
psykosom. sympt.: huvudvärk, illamående, magvärk, astma (varav 11 inkl. hämningssympt.; ängslan, känslighet)	20
barnneurotiska symptom, relaterade till utvecklingen: enures, encopres, sömn- och matrubbn., fobier, tics (varav 12 inkluderar hämningssymptom)	35
hämningssymptom: ångest, ängslan, rädsla, känslighet, föräldrabundenhet, blyghet, osäkerhet, hämning	32
kontaktsvårigheter (9 inkluderar trots, aggressivitet)	13
psykomotorisk oro, trots, aggressiv mot barn/vuxna	18
skolproblem: skolvägran, bråkig i skolan, svårt följa undervisningen, skololust	7
relationsproblem i familjen	16
övrigt: depression (3), hysteri (1), övervikt (1)	4
symptomfri	5
summa	200

Vanligast är de barnneurotiska symptomen, med problem kring renlighetsfostran, mat och sömn samt fobiska symptom. Hämningssymptomen är också vanliga och förekommer ofta tillsammans med dessa och med psykosomatiska besvär.

Även de utåtriktade symptomen är vanliga, liksom psykomotorisk oro, trots och aggressivt beteende.

I gruppen "speciella problem", undergrupp "mer än åtta symptom", återfinns det enda fall som markerats som psykosliknande. Alla dessa fyra barn visar dock tecken på tidiga och allvarliga kontaktskador.

Symptomfrekvenser i populationen

Ofta har flera symptom uppgivits vid anmälan eller funnits vid utredningen. För flickorna har i genomsnitt angivits 3.05 och

för pojkarna 3.39 symptom. Skillnaden är inte signifikant mellan könen. Samtliga markeringar av olika slag på statistikkortet har räknats in, även "relationsproblem i familjen". Dock har symptom som avser annan familjemedlem än barnet uteslutits, t. ex. "mor/far psykiskt sjuk".

Om man ser till totala antalet markeringar på symptomen i populationen, är det vanligast med markering av relationsproblem i familjen (54%), hämningssymptom (46%), och psykomotorisk oro - trots - aggressivt beteende (34%). Bland de barnneurotiska symptomen kan nämnas separationsångest (8.5%), sömnproblem (8%) och enures (6.5%). Kontaktsvårigheter och skolproblem är också ofta markerade (24% vardera).

Det är svårt att göra direkta jämförelser med Curmans och Nylanders (1975) material. I stora drag finns även här en stor grupp med symptom av hämningstyp (modersfixering, ängslan 36%) och en stor grupp med aggressivt beteende och trots. Indelningen är annorlunda; det görs åtskillnad på aggressivt beteende mot familjemedlemmar och mot övriga. Detta ökar möjligheten till dubbelmarkeringar, vilket försvårar jämförelser. Sannolikt var dock denna grupp större i deras material än i vårt. Tydligast skillnad märks på de barnneurotiska symptomen, som av allt att döma har minskat. Enures finns markerat på 21%, sömnrubbning på 20.5% och nattlig ångest på 12% av barnen.

Motivation och kontaktuppbyggnad

Familjernas motivation att söka hjälp skiftar. Motivation är svår att mäta. Den avspeglas dock även i familjernas yttre handlande. De familjer som själva söker sig till PBU brukar som regel ha en högre motivation än de som remitterats.

Motivationen är dock inte bara knuten till familjen. Det allra första som möter familjen i kontakten med PBU, telefonsamtalet med tidsbeställning och/eller det första samtalet, har stor inverkan på den ursprungliga motivationen. Om familjen känner sig väl mottagen, respekterad och förstådd, kan motivationen öka väsentligt. Vanligtvis undersöker terapeuten motivationen och försöker påverka familjen till en utveckling mot en ökad motivation när det behövs för att lösa barnets problem. Det är fråga om en kontaktuppbyggnad och om att familjen får ett hopp om att saker och ting kan förändras (Menninger 1959).

Eftersom det med denna typ av data inte går att urskilja vad som är ursprunglig motivation och vad som är resultat av tidig kontaktuppbyggnad mellan terapeut och familj, kommer dessa företeelser att behandlas gemensamt.

I följande avsnitt presenteras först "yttre" tecken på motivation: Vem tog initiativ? Vem föreföll mest hjälpsökande? Förelåg det påtryckning bakom hjälpsökandet eller ej? Bedömningar har även skett av "inre" känslor inför att söka hjälp: Hur såg familjens förväntan ut? Problemformulering? Föräldrarnas känsla av ansvar och delaktighet inför problemen?

Initiativtagare till PBU-kontakten

På statistikkorten markeras vem som varit huvudsaklig initiativtagare till att familjen sökt sig till PBU. I 67% av familjerna har familjemedlemmar varit huvudsakliga initiativtagare; av dessa utgjorde 9% ungdomar som anmält sig själva och 58% föräldrar som anmält barn och ungdomar. Vad gäller övriga 33% har skola, barnhälsovård, förskola, social centralnämnd, läkare m.fl. varit initiativtagare.

I den tidigare refererade riksundersökningen (SOR 1980:2) anges familjen som huvudsaklig initiativtagare i 51% av fallen. Den vanligaste remitterande instansen var skolan.

De ungdomar som har kommit själva är som regel äldre (Md 17.7 år) än de som har anmälts av vuxna (Md 14.5 år).

Samma uppgifter om initiativtagare förekommer i Curmans och Nylanders material (1975). I detta hade till 84.5% familjemedlemmar varit huvudsakliga initiativtagare. Av dessa utgjorde 1.5% ungdomar som sökt hjälp själva. Endast drygt 15% hade alltså anmälts av personer utanför familjen. Andelen familjer som på egen hand har sökt sig till PBU tycks med andra ord ha minskat.

Tidigare hjälpsökande

En stor andel av familjerna har tidigare haft kontakt med behandlare av olika slag. Minst 33% av familjerna har tidigare haft kontakt med behandlare eller utredare kring de anmälda problemen. Ytterligare ett antal familjer, minst 13%, är återanmälda till PBU. Det förekommer också att familjer remitteras från PBU till andra vårdorgan. Omfattningen är svårbedömd, men av de 40 behandlingsfallen har sju familjer remitterats vidare.

Hjälpintresse

Försök har gjorts att bedöma hos vem det största hjälpintresset ligger; om hjälpintresset finns klart inom familjen, om familj och institution delar hjälpintresset eller om det huvudsakligen ligger hos någon samhällelig institution.

Hjälpintresse enbart hos familjen har markerats när familjen klart uttryckt ett eget hjälpbehov och inte förefaller ha utsatts för påtryckningar från andra än närstående utan endast mottagit information om PBU. Med hjälpintresse enbart hos institution avses dels de fall som anmälts direkt från någon samhällelig institution, dels de familjer som i början helt betonar institutionens behov och inte uttrycker eget hjälpbehov. I det sistnämnda fallet kommer t.ex. familjen in på PBU och säger att daghemmet har bett dem att gå dit. Mellangruppen har erhållit klar rekommendation eller utsatts för påtryckning att söka hjälp. Samtidigt uttalar de dock även ett eget hjälpbehov från början.

Tabell 7
Fördelning av hjälpintresset
n=200

hjälpintresse hos	f	i procent p	totalt
familjen enbart	58	35	46.5
familj och institution	26	45	35.5
institution	16	20	18
summa	100	100	100.0

I knappt hälften av fallen låg hjälpintresset enbart hos familjen. Detta är vanligare i flickornas familjer än i pojkarnas. Skillnaden är statistiskt signifikant (chi 2=10.62. Kritiskt värde vid 5% risknivå, df 1=3.84).

Detta kan jämföras med uppgifterna på sidan 52 om initiativtagare till PBU-kontakten. När det gäller dessa markeringar på vem som tagit initiativ till kontakt har det endast varit möjligt att markera en huvudsaklig initiativtagare. Det förefaller då som om familjerna i högre grad själva har tagit initiativet att söka hjälp.

Vid den fortsatta statistiska bearbetningen har denna variabel dikotomiserats, så att "hjälpintresse enbart hos familjen" har ställts mot övriga alternativ.

När det gäller 13-20-åringarna, en tredjedel av urvalet (68 st), har nästan 30% av dem sökt hjälp utan att föräldrarna har varit engagerade; ofta har dessa kanske inte ens känt till att deras ungdomar har gått till PBU.

Vanligast är dock att föräldrarna har tagit den första kontakten, ensamma eller tillsammans med ungdomarna, eller efter påverkan från någon samhällelig institutions sida. Även inom ungdomsgruppen finns det fall där hjälpintresset från början huvudsakligen ligger utanför familjerna. I vissa av dessa fall har andra vuxna, t. ex. elevvårds- eller sjukvårdspersonal, bidragit till att ungdomarna har sökt hjälp.

Även Chassin et al (1980) rapporterar att hjälpsökandet mindre ofta är ett initiativ från ungdomarna själva.

Vem har förmedlat kontakt?

Totalt har 53.5% av familjerna rekommenderats av någon samhällelig institution att vända sig till PBU för att få hjälp med sitt barn. Vilken verksamhet har förmedlat kontakterna, enligt journaluppgifterna?

Tabell 8
Verksamhet som har förmedlat kontakt mellan familj och PBU
n=107

verksamhet	antal fam.
förskola, skola, fritidsverksamhet	55
hälso- och sjukvård, psykiatrisk el. somatisk	36
socialtjänsten	9
övrigt (t.ex. fosterföräldrar, familjerådgivare)	7
summa	107

De flesta rekommendationerna, 51%, kommer från personer som har daglig kontakt med barnen i sina arbeten, samfostrare. En omfattande andel kommer också från hälso- och sjukvården, inklusive barnhälsovården. Mycket få familjer kommer från socialtjänsten - denna andel förefaller märkligt låg. Möjligen är det så att socialsekreterarna har lagt ned ett omfattande arbete på att hjälpa motvilliga familjer att komma fram till beslutet att söka hjälp vid PBU på egen hand.

En efterhandsbedömning genomfördes av samfostrarnas eget hjälpbehov med barnet. Fanns det tecken på att t. ex. läraren hade direkta svårigheter att klara av sitt eget arbete med det anmälda barnet? I 32 fall av 55, 67%, förelåg sådana svårigheter enligt journaluppgifterna. I ytterligare fem fall var det fråga om mer personligt färgade, starka påtryckningar. Dessa 37 fall benämnes i fortsättningen "påtryckningar bakom hjälpsökandet".

Problemformulering

Hur familjerna har valt att presentera problemen har tidigare redovisats (s. 48). Vid den statistiska bearbetningen har variabeln dikotomiserats. De familjer som endast talar om problemen som symptom hos barnet eller som relationsproblem har förts till gruppen "gynnsam problemformulering" (48.5% av familjerna), medan de som uppgivit ovanstående samt annan formulering, alternativt endast annan formulering (51.5%), hänförts till gruppen "övrigt". Med "gynnsam" avses här att familjen anger en syn på problemen som är i samklang med PBU:s inriktning och salunda redan från början motiverar en intrapsykisk och/eller interpersonell bearbetning. Övriga familjer håller tills vidare detta öppet.

Familjens förväntan

I vilken utsträckning har familjerna varit förtrogna med psykisk behandling? Många som kommer till PBU har mycket diffusa uppfattningar om vad det rör sig om. I 37% av fallen har familjerna uppvisat någorlunda realistiska förväntningar på vad som skulle hända. För övriga familjer har förväntningarna varit litet orealistiska, kraftigt orealistiska eller saknats.

I populationen uppvisar 42.5% av familjerna en någorlunda realistisk förväntan.

Även här bestäms familjens attityd sannolikt såväl av egen inställning och tidigare erfarenhet, som av upplevelse av empati och förståelse från terapeuternas sida.

Känsla av ansvar och delaktighet inför problemen

Försök har gjorts att bedöma graden av ansvarskänsla och delaktighet inför de problem som finns.

Med "alltför kraftig" avses de hållningar där någon familjemedlem tar på sig skuld på ett destruktivt sätt, utan att önskan om förändring tycks genomsyra; t.ex. masochistiska hållningar eller önskan att styra andra med sin oro.

Hög grad av ansvar och delaktighet har markerats när familjerna kommer med en aktiv inställning, ungefär som om de skulle säga: "Det finns problem, vi har funnits med när de uppstått och vi vill bidra till att lösa dem. Hur skall vi göra?"

Viss grad av ansvar och delaktighet har markerats när familjen erkänner att problemen finns och att något måste göras åt dem, men det är ännu oklart vem som skulle kunna göra vad. En viss beredskap inför att satsa på en behandling finns dock.

Markeringen i nedanstående tabell grundar sig på mödrarnas inställning, utom i de fall där ungdomar har sökt hjälp själva.

Tabell 9
Känsla av ansvar och delaktighet, i procent
n=200

alltför kraftig känsla av ansvar och delaktighet, självanklagelser, behov att styra	7.0
hög grad av ansvar och delaktighet	14.5
viss grad av ansvar och delaktighet	32.5
oklar på om något behöver förändras	46.0
summa	100.0

Knappt hälften av familjerna uppvisar viss till hög grad av ansvar och delaktighet inför problemen - hållningar som torde vara gynnsamma för behandlingen.

Sannolikt bestäms familjens svar både av den egna inställningen och av kvaliteten på den kontakt man upplever i förhållande till terapeuten.

Hög och viss grad av ansvarstagande förekommer i urvalet i 47% av familjerna; uppskattning av förekomsten i populationen: 50%.

Vid den fortsatta bearbetningen har variabeln dikotomiserats, så att de speciellt gynnsamma hållningarna, hög och viss grad, har slagits samman och ställts mot övriga svarsalternativ.

Data om behandlingen

Antal besök

Antalet besök vid PBU för de aktuella familjerna skiftar mellan 1 och 123. Medianvärdet är 5.7 besök (6.8 i populationen). Fördelningen är mycket sned. Ett stort antal familjer har gjort ett fåtal besök och ett litet antal familjer har gjort många besök.

I den statistiska bearbetningen har materialet delats i fyra besöksgrupper. Besöksgrupp 1 omfattar familjer med 1-2 besök, grupp 2 familjer med 3-6 besök, grupp 3 hade gjort 7-11 och grupp 4 hade gjort 12 besök eller fler. Varje besöksgrupp innehåller ca 25% av familjerna.

Om man studerar ungdomsgruppen separat, visar det sig att hälften av ungdomarna har gjort 0-4 besök. För övriga är variationen stor, med upp till 90 besök. I jämförelse med resten av urvalet kan man tala om tendenser till antingen mycket få besök eller ovanligt många besök i ungdomsgruppen.

En ganska stor skillnad i antal besök märks mellan urval och population. Antalet besök har ju också varit en av de viktigaste styrande faktorerna när det gäller inplacering i ärendetyp.

Utredning

Utredning i samtalsform, med eller utan anamnesupptagning, har förekommit för praktiskt taget alla familjer.

Utredning genom lekobservation görs främst på barn som är 10 år eller yngre. Lekobservation genomförs för att få en djuppsykologisk förståelse av barnets problem. Möjlighet finns härigenom att undersöka barnets uppfattning om världen, dess kontaktresurser och dess tidigare utveckling. Lekdiagnostiken är i Sverige vidareutvecklad och standardiserad av Danielsson (1965) och Harding (1965).

Behovet av att göra en individuell utredning på barnen skiftar. Delvis är detta knutet till den typ av behandling som terapeuten bedömer som mest adekvat för föräldrar och barn; alternativt den behandlingsinriktning som terapeuten företräder.

Föräldrakontakt förekommer regelmässigt under utredningstiden. Denna har många syften: att knyta föräldrarna till mottagningen och bygga upp kontakt mellan föräldrar och terapeuter, att ge utredaren nödvändig information för bedömningen av barnet, att förbereda föräldrarna på vad som kan komma fram i utredningen och de åtgärder som kan komma ifråga utifrån denna.

I urvalet finns det 116 barn som är 10 år eller yngre. För 29% av dessa barn har minst två lekobservationstillfällen redovisats. Utöver detta har även ett 11-årigt barn varit med om lekobservation. På ytterligare 12% av barnen har man försökt göra lekobservation men inte genomfört två observationer, eller också har barnen utretts på detta sätt vid ett tidigare tillfälle. I journalerna på återstående 59% av gruppen syns inga spår av lekobservation. Vissa av dessa barn har dock utretts via samtal med barnen.

Enligt Curman och Nylander (1975) har 39% av samtliga i deras material undersökts med "personlighetsbedömningar, innefattande en ostrukturerad lek- eller samtalssituation" (s. 49). Cirka 30% av fallen Rorschachtestades. Intelligenstestning med Terman-Merrill (1942) utfördes på 62% av barnen. Författarna jämför denna frekvens med hur det var år 1970; då blev endast 17% av barnen intelligenstestade med Terman-Merrill.

På grund av olikheter i åldersfördelning är det svårt att göra direkta jämförelser mellan materialen. Klart är dock att det i 1977 års material finns få barn som har blivit Rorschachtestade eller intelligenstestade.

Medicinförskrivning

Medicinförskrivning till barn eller föräldrar har förekommit i 11 fall. I ungefär hälften av fallen har det rört sig om psykofarmaka. Alla journaler har granskats av en erfaren psykiater som funnit de vidtagna förskrivningarna adekvata.

Hembesök

Hembesök gjordes i 37 familjer; 72 besök totalt. Tolv familjer med flickor och 25 familjer med pojkar mottog hembesök.

Behandlingsmarkeringar

Det finns 79 specifika behandlingsmarkeringar på statistikkorten för 69 av de 200 familjerna. Flera markeringar kan förekomma på samma familj, och dessa kan ha gällt olika familjemedlemmar eller en och samma person. Dessa markeringar är gjorda efter avslutad behandling.

Tabell 10
Behandlingbeskrivningar utifrån statistikkorten
n=200

behandlingstyp	i procent
terapigrupp	1.8
aktivitetsgrupp	0.9
familjeterapi	10.9
hemma-hos-terapi	1.3
miljöterapi	1.3
psykoterapi (individuell)	4.4
stödkontakt	14.0
ingen markering på behandlingstyp	65.5
summa	100.1

Markering på behandlingstyp saknades oftast. De vanligaste behandlingsformerna utgjordes av stödkontakter för barn och/eller föräldrar (32 familjer) samt familjeterapi (25 familjer). Definitionerna är dock oklara, särskilt på stödterapi. Sannolikt har stödterapi förekommit i långt större utsträckning än vad som framgår här. Markeringar på individualterapi gäller oftast tonåringar.

I populationen finns det sannolikt markering på behandlingsform för 41% av familjerna.

Lekterapi förekommer i detta urval i mycket begränsad omfattning. Ett barn gick i lekterapi ett år. För fyra barn anges lekterapi eller förlängd observation upp till ett halvt år. På ytterligare tre barn finns uppgifter om upp till fyra terapisessioner utöver utredningen. Minst två av dessa behandlingar avbröts av föräldrarna. Barnterapi har föreslagits av terapeuter för ytterligare minst sex barn, men föräldrarna har i dessa fall avböjt behandling. I några journaler står det klart utskrivet att barnet skulle behöva gå i terapi, men att resurser saknas.

Ovan angivna uppgifter kan i viss utsträckning jämföras med uppgifter från Curmans och Nylanders undersökning (1975). Lekterapi på mellan 6 månader och 6 år förekom i 6% av fallen, gruppterapi som varat mellan 6 månader och 7 år i 7% av fallen och 3% av föräldrarna hade gått i föräldracirkel.

Vissa terapiformer har tillkommit, t. ex. familjeterapi, miljöterapi och hemma-hos-terapi. Att barnterapi är så sällsynt i 1977 års material är något svårt att förklara. Stratifieringsförfarandet kan ha en viss inverkan, i och med att behandlingsfallen är underrepresenterade. Det kan även röra sig om tidseffekter. I mitten av 1970-talet diskuterades livligt barnterapi kontra familjeterapi - en diskussion som då ofta utföll till familjeterapins favör. Samtidigt var dock familjeterapin en tämligen ny behandlingsform som många terapeuter saknade erfarenheter av.

Behandlingseffekter

Tecken på behandlingsprocess

Tecken på behandlingsprocess har bedömts utifrån journaluppgifter. För markering har krävts att två oberoende bedömare båda har fastställt att kriterier för behandlingsprocess har förelegat.

Tabell 11

Tecken på behandlingsprocess eller ej
n=200

	i procent
tecken på behandlingsprocess	34.5
inga tecken på process	56.5
osäkra processbedömningar	9.0
summa	100.0

En tredjedel av materialet har markering på behandlingsprocess enligt eniga bedömare. Tecken på behandlingsprocess förekommer dubbelt så ofta vid ärendetypen behandlingsfall som vid övriga typer.

För knappt två tredjedelar av materialet saknas tecken på behandlingsprocess utifrån journalen. Under rubriken "osäkra bedömningar" redovisas 18 familjer, 9% av samtliga, vilka tidigare (Carlberg 1981) har redovisats under "tecken på behandlingsprocess". Se förklaring nedan.

Den tydliga skillnad som syns mellan olika ärendetyper väcker misstanke om att det finns skillnader mellan urvalet och populationen. Behandlingsfallen är ju procentuellt sett underrepresenterade i urvalet. Vid omräkning till populationen av förekomst av behandlingsprocess ökar denna till 39% (48% om de osäkra fallen inkluderas).

Inga signifikanta skillnader finns mellan pojkar och flickor när det gäller tecken på behandlingsprocess.

Överensstämmelse mellan bedömare, processtecken

Vissa problem uppstod i samband med bedömningen av grad av samstämmighet mellan olika bedömare av tecken på process. I 69 fall rådde enighet om att behandlingsprocess förelåg. I 100 fall var det ingen som hävdade tecken på process. Detta ger en överensstämmelse mellan bedömare på 84.5%.

Kvar fanns 31 fall där oenighet eller oklarhet rådde bland bedömarna. Detta gällde speciellt 18 fall, där någon bedömare vidhöll att kriterierna uppfyllts. Vid en ombedömning föreföll det i och för sig rimligt att räkna in dessa fall under tecken på process, men för säkerhets skull beslöts att föra dem åt sidan som missing data under fortsatta beräkningar. Jämförelser har dock gjorts av utfall med även dessa fall inkluderade under "processtecken".

Bristerna i samstämmigheten i bedömningen kan främst förklaras med att processbedömningen genomfördes tillsammans med de globala bedömningarna och i början inte tillmättes den betydelse som den nu har. Definitionen är inte helt entydig. Moment av tolkning kommer in. Det inträffade också misstag i den komplexa bedömningssituation som förelåg. En grundlig samträning skulle sannolikt ha ökat reliabiliteten.

Till detta kommer att viss problematik och/eller behandling stundtals upplevdes som mycket provocerande av bedömarna, vilket gjorde att det var svårt att se enskilda delar klart.

Familjens syn på behandlingen

Tabell 12
Familjens uppfattning av situationen vid avskrivningen
n=200

bedömning	i procent
klar förbättring	26.5
någon förbättring	28.5
oförändrat	13.0
försämrat	-
övrigt: utredning/behandl. avbruten el. avböjd	13.0
föreslagen åtgärd	9.5
överföring till annan vård	7.5
avflyttning	0.5
vet ej	1.5
summa	100.0

Drygt hälften av familjerna, 55%, anser att någon eller en klar förbättring har inträffat. Kategorin "försämrat" är ej använd.

Kategorin "övrigt" består främst av familjer där utredningar eller behandlingar avbrutits eller avböjts. I dessa situationer är det som regel svårt att bedöma familjens uppfattning.

De åtgärder som föreslagits av terapeuterna är av skiftande karaktär, från förslag om fosterhemsplacering till föreningsengagemang, avslappningsterapi eller klassbyte.

Förbättring enligt familjen förekommer i störst omfattning vid behandlingsfall och fortlöpande kontakt. Minst vanligt är det vid utredning eller behandling avbruten.

Symptomlindring

De familjer som har gjort högst fem besök totalt (83 familjer) har ej granskats närmare vad gäller symptomlindring (s. 38).

För övriga 117 familjer har granskning beträffande symptomlindring genomförts. Statistikkortens markeringar för symptomlindring har använts. I de fall markering har saknats, har eventuella uppgifter från journalens slutanteckningar använts. I 38 fall, 32% (36% i populationen "över 5 besök"), förelåg tecken på symptomlindring.

Sammanställning av effektkriterier

Nedan följer en redovisning av effektkriteriernas fördelning på familjerna i förhållande till besöksantal totalt.

Tabell 13
Sammanställning av effektkriterier
med uppdelning på besöksantal, n=200

ant. krit.	typ av kriterium	antal besök 1-5	>5	tot.
3	alla kriterier uppfyllda	0*	14	14
2	processtecken samt förbättring enligt familjen	11	26	37
2	processtecken samt symptomlindring	0*	3	3
2	förbättring enligt familjen samt symptomlindring	0*	14	14
1	processtecken	9	6	15
1	förbättring enligt familjen	28	17	45
1	symptomlindring	0*	7	7
0	inget kriterium uppfyllt	35	30	65
	summa	83	117	200

* Symptomlindring har ej bedömts då familjerna har gjort fem besök eller färre.

Ungefär en tredjedel av familjerna, 34%, har två till tre kriterier uppfyllda, en tredjedel, 33.5%, har ett kriterium uppfyllt och resten, 32.5%, har inte något kriterium uppfyllt.

Av de osäkra processbedömningarna, 18 fall, återfinns sju fall under förbättring enligt familjen samt symptomlindring, fem fall under enbart förbättring enligt familjen, ett fall under symptomlindring samt fem fall under inget kriterium uppfyllt. Fyra av dessa familjer hade gjort högst fem besök, övriga 14 mer än fem besök.

Jämförelse mellan population, journalurval och intervjuurval

Eftersom den viktiga gruppen "behandlingsfall" är kraftigt underrepresenterad på grund av stratifieringsförfarandet kan man vänta sig att i journalurvalet få ett behandlingsresultat som är litet sämre än det som kan antas föreligga utifrån uppskattningen av förhållandena i populationen.

Uppfyllda kriterier

Alla uppgifter som rör behandlingskriterierna är hämtade ur journalmaterialet. Även när det gäller intervjumaterialet baseras uppgifterna om kriterierna enbart på journaluppgifterna. En uppskattning har gjorts av förhållandena i populationen.

Tabell 14
Antal uppfyllda behandlingskriterier i intervjuurval, journalurval och population

uppfyllda behandlingskriterier	intervjuurvalet %	antal	journalmaterialet %	antal	popul. (beräkn.) %
2-3 kriterier	28	(7 fall)	34.0	(68 fall)	38
1 kriterium	48	(12 fall)	33.5	(67 fall)	31
inget kriterium	24	(6 fall)	32.5	(65 fall)	31
summa	100	(25 fall)	100.0	(200 fall)	100

I journalurvalet uppfylls effektkriterier i något mindre utsträckning än i populationen. I intervjumaterialet uppfylls något färre effektkriterier än i såväl population som journalurval. Förhållandena i journalmaterialet beror på stratifieringsförfarandet. Även slumpeffekter kan dock spela in. Vid intervjuurvalet har sannolikt slumpeffekter spelat in. De 18 osäkra processbedömningarna är inte inräknade ovan.

Antal samtal

Medianvärdet för antal besök i populationen uppskattades till 6.8 per familj. I journalurvalet låg medianvärdet för antal besök på 5.7 och i intervjuurvalet på 4 besök per familj.

Journalurvalet är stratifierat utifrån åtgärdskategorier som definitionsmässigt omfattar olika antal besök. Detta förklarar skillnaderna i antal besök mellan population och journalurval. Intervjuurvalet bygger på journalurvalet och är dessutom litet. Medelfel kan bli stora när antalet observationer är få. Detta kan ligga bakom skillnaderna även i medianvärden mellan urvalen.

Kvalitativa jämförelser mellan urvalen

Utvärderarna genomförde först bedömningar av problematik och störningsgrad utifrån journaldata. Dessa bedömningar jämfördes sedan med tilläggsinformationen från intervjumaterialet. Överensstämmelsen mellan de olika uppgifterna var genomgående god.

En kvalitetsskillnad märktes dock. Den information som tillkom med intervjumaterialet gav en allvarligare bild av familjernas svårigheter. Journalmaterialet föreföll något utslätat i sina beskrivningar, särskilt av familjernas sociala problem - vilket i sin tur också påverkar de psykologiska bedömningarna.

Skillnaderna kan bero på subjektiva upplevelser hos utvärderarna. Intervjuerna var inspelade på band. När man hör familjerna berätta om sina levnadsförhållanden och problem med egna ord kommer man dem känslomässigt mycket närmare än när man tar del av journalnoteringar.

Journalerna kan också med avsikt ha skrivits mycket varsamt, utifrån en önskan att skydda familjerna genom att inte skriva ned uppgifter som kan läggas dem till last.

Det kan också vara så att terapeuterna inte alltid i dessa korta kontakter uppfattat vidden av problemen. Familjen kan också ha hållit inne med vissa uppgifter på grund av bristande tillit till terapeuten. Detta bekräftas av åtminstone två intervjuuppgifter. En mor sade att hon i början var rädd för att barnet skulle tas ifrån henne. En annan kvinna sade att hon var mycket rädd för vad som skulle hända om hon berättade vissa, för henne själv mycket svåra, händelser.

Denna rädsla tycktes inte ha förelegat i intervjusituationen. Familjerna befann sig här i en helt annan psykologisk situation. Nu var de inte längre hjälpsökande, uppfyllda av egna problem. De hade istället accepterat att göra en institution en tjänst. Självförtroendet var då större. Kanske hade tiden också ökat distansen till de problem som fanns. Då var det lättare att erkänna deras omfattning. Även dramatiseringar i efterhand kan ha förekommit.

Att jämföra med andra undersökningar

Att jämföra resultaten av den interna effektbedömningen med resultat från andra undersökningar är mycket vanskligt, då det inte finns andra barnpsykiatriska undersökningar som bygger på journaluppgifter och interna effektkriterier. Dock tycks det vara omöjligt att undvika jämförelser. När författaren undviker att dra definitiva slutsatser om effekter av arbetet, tycks istället läsarna själva dra egna slutsatser utifrån materialet - ibland på märkliga sätt. Av denna orsak har nedanstående uppgifter tagits fram.

De flesta undersökningar från någorlunda likartade material undersöker enbart barn som accepterats för, och vars föräldrar också accepterat, behandling. Det torde då röra sig om minst 8 besök, minst 3 besök för utredning och definitionsmässigt (Levitt 1958) minst 5 behandlingsbesök. Ofta har det rört sig om långt fler besök. Det är vanligt att endast ett effektkriterium har använts, t. ex. föräldrarnas utsaga om effekten, i intervju eller enkät.

I PBU-undersökningen har 87 barn gjort 8 besök eller mer. För 20% av dessa var inget kriterium uppfyllt. För 80% var minst ett effektkriterium uppfyllt. Om även två familjer med osäkra processbedömningar inkluderas, stiger siffran till 83%.

Detta ligger något över de mest optimistiska resultaten från andra undersökningar (kap. 2). Direkta jämförelser är dock vanskliga att göra. Chansen att något kriterium är uppfyllt ökar ju kraftigt när det finns tre olika kriterier. Kanske måste man dock röra sig med flera olika kriterier för att täcka hela den variation som kan förekomma när det gäller på vad sätt en individ kan ha tillgodogjort sig behandling.

Kapitel 5

RESULTAT

FRAMGÅNGSRIK BEHANDLING: STATISTISKA SAMBAND

Vilka faktorer spelar roll för en framgångsrik behandling? Är samma eller olika prediktorer viktiga för de olika kriterierna respektive för totala antalet uppfyllda kriterier? Som prediktorer har samtliga bakgrundsvariabler, symptom- och motivationsvariabler prövats.

Som kriterier används, liksom tidigare, tecken på behandlingsprocess, förbättring enligt familjen, symptomlindring samt det sammanslagna antalet uppfyllda kriterier.

För kriteriet symptomlindring har 83 fall av 200, samtliga med fem besök eller färre, tagits bort. När det gäller kriteriet processtecken är endast 182 fall aktuella, beroende på att osäkra processbedömningar har uteslutits.

I det sammanslagna effektkriteriet har, beträffande processtecken och symptomlindring, ovanstående uteslutna fall räknats in under "ej process" respektive "ej symptomlindring". I annat fall skulle analysen ha inskränkt sig till de familjer som gjort mer än fem besök, med en viss ytterligare inskränkning av familjer med osäkra processbedömningar. Som en kontrollåtgärd har dock beräkningarna utförts även separat för gruppen "mer än fem besök" respektive med de osäkra processbedömningarna inkluderade.

I regressionsanalyserna har lagts in en vägning i ett försök att upphäva stratifieringen. Resultatet är därför i första hand utmärkande för populationen. Vid signifikansprövningarna används risknivåer på 5%, markerade med en asterisk, respektive 1%, markerade med två asterisker.

I vissa fall redovisas även korrelationskoefficienter; phi respektive Cramer's V (en modifierad version av phi som kan användas när tabellerna är större än fyrfältstabeller). Samtliga korrelationskoefficienter som redovisas är signifikansprövade med chi 2 och är signifikanta på 5% nivå (kritiska värden för phi, beroende på antalet, 0.14-0.19; för Cramer's V vid 3 df, beroende på antalet, 0.20-0.21).

De statistiska problem som föreligger (massignifikans, vägning av stratifierat urval) diskuteras i kapitel 8.

Oberoende variabler i multipel regressionsanalys

Från början har alla tillgängliga variabler inkluderats i denna analys. Urval har sedan skett utifrån den prediktionsstyrka variablerna har visat vid signifikansprövning.

Vissa data ligger på nominal- och ordinalnivå. Genom dikotomisering och konstruktion av dummyvariabler (vektorer där, för en viss variabel, en observation av en kategori tillskrivs ett godtyckligt nummer och alla andra kategorier ges ett annat godtyckligt nummer, vanligen 1 och 0; Kerlinger & Pedhazur 1975, SPSS-manual 1975) har regressionsanalys ändå kunnat användas.

En modell med hierarkisk multipel regressionsanalys har använts. Variablerna tas in i analysen i tidsföljdsordning.

Steg 1: bakgrundsvariabler, barn och ungdomar (s. 44 f):

Bakgrundsvariablerna utgörs av kön och ålder. Kön har visat sig vara en betydelsefull variabel. Denna har medtagits i analysen. Ålder, både i form av rådata och efter gruppindelning (förskolebarn - skolbarn - tonåringar; under/över 10 år), är mindre viktig. Sannolikt beror detta på att behandling och andra åtgärder har anpassats efter barnets ålder.

Steg 2: familjevariabler (s. 45 f):

Stabilitet ifråga om barnens fostrare, resp. om de biologiska föräldrarna sambor eller ej, ger inte utslag. Även detta kan ha att göra med anpassning av behandlingsinsatser till faktiska förhållanden, alternativt låg variation när det gäller "samma kvinnliga fostrare". Variabeln "familjestruktur" har beräknats utifrån dummyvariablerna "långvarig instabilitet i familjen" samt "familj i akut förändringssituation". Antal syskon ger ej utslag. När dummyvariabler konstruerades utifrån "plats i syskonskaran", visade det sig vara speciellt viktigt med äldstabarnen.

Steg 3: symptom (s. 48 f):

Fyra av symptomgrupperna, de som ur teoretisk synpunkt borde innehålla någorlunda homogena patientgrupper, gjordes om till dummyvariabler och prövades. Signifikans förelåg ej för gruppen "barnneurotiska symptom relaterade till utvecklingen", däremot för psykosomatiska symptom, hämningssymptom och utåtriktade symptom. Antalet symptom var av mindre betydelse. Det sistnämnda beror sannolikt på den symptomlista som använts. Denna är nyanserad när det gäller t. ex. markeringar på ganska diffusa och alltför "milda" symptom.

Steg 4: motivation och kontaktuppbyggnad (s. 51 f):

Initiativtagare, vem som visat hjälpintresse samt förekomst av påtryckning eller ej bakom hjälpsökandet är tre variabler som har måttligt höga signifikanta korrelationer med varandra (phi 0.41-0.56). Därför uppstår multicollinearitet, och det gemensamma bidraget till prediktionen blir litet. Endast påtryckning har då slagit igenom i regressionsanalysen.

Även de faktorer som grundar sig på bedömningar, problemformulering, ansvars- och delaktighetskänsla samt förväntan, har måttligt höga inbördes samband (phi 0.37-0.56) som ger multicollinearitet. Variabeln förväntan har medtagits i den fortsatta analysen.

En negativ korrelation föreligger mellan påtryckning och förväntan, phi 0.24. Korrelationen har sannolikt gått ut över variabeln påtryckning och sänkt dess prediktiva bidrag. De motivationsvariabler som har medtagits i regressionsanalysen korrelerar även signifikant med kriterierna (phi 0.21-0.48, med påtryckning bakom hjälpsökandet och förbättring enligt familjen som enda undantag); påtryckning korrelerar negativt och förväntan korrelerar positivt med kriterierna.

Steg 5: behandlingsvariabler (s. 56 f):

Bland behandlingsvariablerna har antalet besök, delade i fyra grupper, visat sig vara viktiga. Avbrott i fråga om utredning och behandling var också betydelsefulla. Beträffande markeringar på behandling på statistikkortet över huvud taget (s. 58) förekom inget signifikant utslag. Gruppen med markering på individualkontakt (bearbetande eller stödjande) plockades ut, men signifikans förelåg ej. Familjeterapi visade sig däremot viktig. Åtgärder som hembesök och lekobservation var också betydelsefulla.

Vad lekobservationerna beträffar är dessa relevanta endast för barn som är 10 år eller yngre (116 familjer). Övriga 84 familjer kan inte tas med i samma analys. Detta har medfört att analysen av lekobservationer har fått göras separat. Samma variabler har ingått i alla steg som i övrigt, men endast lekobservationsvärdet redovisas. För att markera skillnaden, redovisas lekobservationsvärdet inom parentes.

Allmänt sett är journalmaterialet litet svagt i beskrivningarna av behandlingarna (s. 29), vilket försvårar belysningen av detta viktiga inslag via journalanteckningar. De markeringar som kan göras på behandling är också mycket ojämna ur teoretisk synvinkel. Ibland rör det sig om markering på någon typ av åtgärd eller ingripande, t. ex. hembesök; ibland om intrapsykisk eller interpersonell bearbetning enligt någon speciell behandlingsmetod, t. ex. familjeterapi.

Beroende variabler

De beroende variablerna, kriterierna, har tidigare redovisats (s. 59-62). Hur ser då sambandet ut mellan de tre kriterierna? Phi-korrelationerna mellan dem redovisas i tabell 15.

Tabell 15
Korrelationer mellan effektkriterier

	process-tecken	förbättr. enl. fam.	symptom-lindring
processtecken	-	.38	.20
förbättring enl. familjen		-	.20
symptomlindring			-

Korrelationerna är låga. Den högsta korrelationen föreligger mellan "tecken på behandlingsprocess" och "förbättring enligt familjen".

Korrelationerna (Cramer's V) mellan de enskilda kriterierna och "totala antalet uppfyllda kriterier" är höga, 0.79, 0.75 resp. 0.60. Detta förklaras av att de enskilda kriterierna ingår i summan. Även en annan teknisk skillnad från korrelationerna mellan enskilda variabler föreligger då summan av de sammanräknade kriterierna kan anta fyra olika värden och korrelationen sålunda kan bli högre än för de övriga, dikotomiserade, variablerna. För dessa används phi-koefficienter, vilka inte har 1.0 utan 0.80 som högsta värde. I SPSS-programmet används Cramer's V respektive phikoefficienter.

I och med att dessa variabler egentligen är kontinuerliga till sin karaktär, och sannolikt är normalfördelade i populationen, skulle snarare tetrachoriska koefficienter ha använts för jämförelsen. Dessa visar på något högre samband. De kan dock inte användas för fortsatta beräkningar i tillgängliga program.

Bearbetningsmodell

Nedan visas vilka variabler som har ingått i den slutliga analysen, samt i vilka steg de har kommit in i bearbetningen.

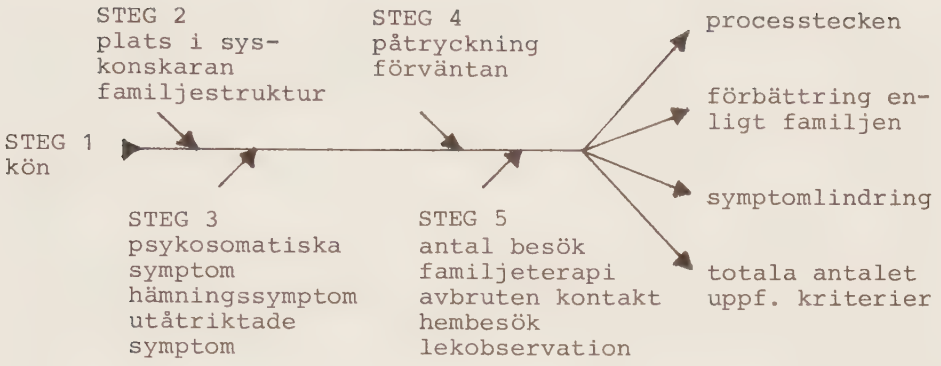


Fig. 3: Hierarkisk regressionsanalys, med redovisning av vilka variabler som ingår i de olika stegen.

Redovisning av utfall

Multipla korrelationskoefficienter

För samtliga kriterier har den multipla korrelationskoefficienten, denna koefficient i kvadrat samt med korrektion tagits fram. Om antalet positiva observationer för en viss variabel är litet, kan utfallet behöva tolkas med större försiktighet. Det korrigerade värdet utgör då ett mer konservativt mått.

Tabell 16
Multipla regressionskoefficienter för de olika kriterierna

	multipel R	förkl. varians	korr. förkl. var.	F-värde
processtecken	.68	.47	.42	10.98 **
processtecken inkl. osäkra fall	.64	.41	.37	9.73 **
förbättring enligt familjen	.49	.24	.19	4.43 **
symptomlindring	.54	.29	.19	3.07 **
totala antalet uppfyllda krit.	.68	.46	.42	11.86 **

*=p< 0.05, **=p< 0.01

Högsta multipla korrelationer erhålls för processtecken enbart samt för totala antalet uppfyllda kriterier. När de osäkra fallen i processbedömningen inkluderas, sjunker den multipla regressionskoefficienten något; skillnaderna i allt övrigt är obetydliga. Detta ger dock stöd åt beslutet att hålla de osäkra fallen utanför.

En ganska stor del av variansen kan förklaras av de i analysen ingående variablerna. Den korrigerade variansen sjunker något, speciellt för symptomlindring. Detta hänger sannolikt samman med att det är relativt få positiva observationer för detta kriterium, liksom det också är på en del av dummyvariablerna.

Utfall för varje kriterium

Först redovisas utfallet för varje steg i den multipla regressionsanalysen. Därefter skall för varje kriterium redovisas de variabler som bidrar signifikant till prediktionen. Härvid redovisas beta- och F-värden. Betakoefficienterna anger, förutom riktningen på sambandet, de enskilda variablernas unika bidrag till prediktionen.

Tabell 17
Prediktion av tecken på behandlingsprocess utifrån en tidsföljdshierarki

steg	R	F-värde
1 bakgrundsdata	.07	0.98
2 familjedata	.27	3.37 *
3 symptom	.33	2.99 **
4 motivation och kontaktuppbyggnad	.56	8.46 **
5 behandlingsvariabler	.68	10.98 **

*=p< 0.05, **=p< 0.01

Familjedata, symptom, motivation och kontaktuppbyggnad samt behandlingsvariabler bidrar signifikant till den multipla korrelationen. Bakgrundsdata ger ej utslag (tabell 17). När variabeln lekobservation är inkluderad, ger endast steg 4 och 5 signifikanta utslag (på samma risknivå som ovan). Nedan redovisas de enskilda variabler som givit signifikanta bidrag till prediktionen (tabell 18).

Tabell 18
Prediktorvariabler för tecken på process

steg	variabel	betakoeff.	F-värde
2	äldstabarn	-.15	4.12 *
	akut förändringssituation i familjen	.20	7.21 **
3	psykosomatiska symptom	.15	3.98 *
4	påtryckning	-.17	5.70 *
	förväntan	.40	32.89 **
5	antal besök	.31	24.25 **
	familjeterapi	.24	14.49 **
	(lekobservation	-.23	5.51 *)

*=p< 0.05, **=p< 0.01

För äldstabarn förekommer det sällan tecken på process. När familjen befinner sig i en akut förändringssituation förekommer det ofta tecken på behandlingsprocess, likaså när barnet har ett psykosomatiskt huvudsymptom. Hos familjer som har utsatts för påtryckning att söka hjälp finns det sällan processtecken, medan familjer som har en realistisk förväntan ofta uppvisar detta. De som har gjort många besök och de som har gått i familjeterapi har också oftare processtecken. När lekobservation har företagits, är det sällan tecken på behandlingsprocess.

Följande variabler gav ej signifikant utslag för processtecken: kön, långvarig instabilitet i familjen, hämningssymptom, utåtriktade symptom, avbrott i kontakten, hembesök.

När variabeln lekobservation inkluderas, är partialsambanden de samma på steg 4 och 5 som ovan, med undantag av variabeln påtryckning som inte är signifikant, samt familjeterapi som endast är signifikant på 5% risknivå.

Tabell 19
Prediktion av förbättring enligt familjen utifrån en tidsföljdshierarki

steg	R	F-värde
1 bakgrundsdata	.12	2.73
2 familjedata	.28	4.00 **
3 symptom	.36	4.10 **
4 motivation och kontaktuppbyggnad	.41	4.14 **
5 behandlingsvariabler	.49	4.43 **

*=p< 0.05, **=p< 0.01

Även för kriteriet förbättring enligt familjen, tabell 19, ger alla steg utom bakgrundsdata signifikanta bidrag till prediktionen. De enskilda variabler som givit signifikanta tillskott redovisas nedan, tabell 20.

Tabell 20
Prediktorvariabler för förbättring enligt familjen

steg	variabler	betakoeff.	F-värde
2	långvarig instabilitet i familjen	-.23	9.87 **
3	psykosomatiska symptom	.15	4.37 *
	hämningssymptom	.14	4.15 *
4	förväntan	.20	7.56 **
5	avbrott i utredning eller behandling	-.21	9.78 **

*=p< 0.05, **=p< 0.01

Familjer med en långvarig instabilitet i relationerna tycker sällan att det skett någon förbättring vid PBU-kontakten. När barnen har psykosomatiska symptom eller hämningssymptom tycker familjerna ofta att en förbättring har inträffat. Så är också fallet när familjen har en realistisk förväntan och när familjen inte har avbrutit utredning eller behandling.

Följande variabler har inte visat sig tillräckligt betydelsefulla: kön, plats i syskonskaran, akut förändringssituation i familjen, om barnet har utåtriktade symptom, om familjerna har utsatts för påtryckning, antal besök, förekomst av familjeterapi, hembesök eller lekobservation.

Tabell 21
Prediktion av symptomlindring
utifrån en tidsföljdshierarki

steg	R	F-värde
1 bakgrundsdata	.21	5.05 *
2 familjedata	.30	2.76 *
3 symptom	.41	2.97 **
4 motivation och kontaktuppbyggnad	.47	3.27 **
5 behandlingsvariabler	.54	3.07 **

*=p< 0.05, **=p< 0.01

Samtliga steg ger signifikanta bidrag till den multipla korrelationen med symptomlindring (tabell 21). Nedan, tabell 22, redovisas de enskilda variabler som varit betydelsefulla.

Tabell 22
Prediktorvariabler för symptomlindring

steg	variabel	beta	F-värde
1	kön (f=1, p=2)	-.21	5.05 *
2	äldstabarn	-.19	4.17 *
3	hämningssymptom	.19	4.33 *
4	förväntan	.21	4.70 *
5	antal besök	.24	6.62 *

*=p< 0.05

Flickor uppnår oftare symptomlindring än pojkar. Äldstabarn uppvisar sällan symptomlindring. Hämningssymptom lindras ofta. När familjen har en realistisk förväntan och gör många besök blir det ofta symptomlindring.

Följande variabler förefaller vara mindre viktiga när det gäller symptomlindring: familjestruktur, psykosomatiska eller utåt-

riktade symptom hos barnen, om familjen utsatts för påtryckning eller avbrutit kontakten, om familjeterapi, hembesök eller lekobservation har företagits.

Tabell 23
Prediktion av totala antalet uppfyllda kriterier utifrån en tidsföljdshierarki

steg	R	F-värde
1 bakgrundsdata	.06	0.80
2 familjedata	.22	2.38
3 symptom	.32	3.15 **
4 motivation och kontaktuppbyggnad	.50	7.02 **
5 behandlingsvariabler	.68	11.86 **

*=p< 0.05, **=p< 0.01

Varken bakgrundsdata eller familjedata ger utslag i det sammanslagna antalet uppfyllda kriterier, tabell 23. För lekobservation är steg 1-3 ej signifikant, medan steg 4 och 5 är det på 1%-nivån. Nedan redovisas de signifikanta, eller nästan signifikanta, bidragen från enskilda kriterier (tabell 24).

Tabell 24
Prediktorvariabler för totala antalet uppfyllda kriterier

steg	variabel	betakoeff.	F-värde
3	hämningssymptom	.17	5.41 *
	utåtriktade symptom	-.14	3.81
4	förväntan	.37	27.53 **
5	antal besök	.38	39.16 **
	familjeterapi	.19	10.59 **
	avbruten kontakt	-.13	5.20 *
	hembesök	-.16	7.08 **
	(lekobservation	-.26	8.02 **)

*=p< 0.05, **=p< 0.01

Barn med hämningssymptom har ofta många effektkriterier uppfyllda, medan det, med något större osäkerhet (kritiskt värde =3.89), är tvärt om för barn med utåtriktade symptom. En realistisk förväntan hos familjen hänger också samman med många uppfyllda effektkriterier. Hembesök, lekobservation och avbruten kontakt står i negativ relation till kriterierna medan många besök och familjeterapi är gynnsamt för uppfyllandet av många effektkriterier.

Följande variabler har inte bidragit signifikant: kön, plats i syskonskaran, familjestruktur, psykosomatiska symptom och förekomst av påtryckning.

När lekobservation inkluderas i analysen, finns det endast signifikanta partialkorrelationer på steg 4 och 5. Signifikanta partialsamband finns med förväntan och antal besök som ovan, medan partialsambandet med hembesök endast är signifikant på 5% nivån. Det finns inga partialsamband med familjeterapi och avbruten kontakt.

Sammanställning av utfall

Nedan följer en sammanställning av signifikansförhållandena för prediktorvariabler och kriterier (tabell 25).

Tabell 25
Signifikansförhållanden mellan prediktorvariabler och kriterier

steg	prediktor	proc. teck.	förb. e. fam.	sympt. lindr.	antal krit.
1	kön (flicka=1, pojke=2)			- *	
2	fam. i akut förändr. sit.	+**			
	långvarig instab. i fam.		-**		
	äldstabarn	- *		- *	
3	psykosomatiska symptom	+ *	+ *		
	hämningssymptom		+ *	+ *	+ *
	utåtriktade symptom				-
4	förväntan	+**	+**	+ *	+**
	påtr. sekundärgr.-behov	- *			
5	antal besök	+**		+ *	+**
	familjeterapi	+**			+**
	avbrott i utr. el behandl.		-**		- *
	hembesök				-**
	lekobservation	- *			-**

*=p< 0.05, **=p< 0.01
Positiva samband har markerats med plustecken, negativa med minustecken.

Gemensamt för alla kriterier är positiva samband med höga värden på förväntan och, utom för förbättring enligt familjen, antal besök. Svagaste prediktorerna är utåtriktade symptom, kön och påtryckning utifrån sekundärgruppens behov. När prediktorerna har partialsamband med flera kriterier, är alltid riktningen på utfallet densamma.

Steg 1, bakgrundsvariabler

Variabeln kön har signifikant betydelse endast i förhållande till kriteriet symptomlindring. Pojkar uppnår mindre ofta symptomlindring. Eftersom detta kriterium endast har noterats för dem som har gjort mer än fem besök, gäller slutsatsen endast pojkar i denna grupp.

Steg 2, familjevariabler

När familjen befinner sig i en akut förändringssituation förekommer det oftare tecken på behandlingsprocess. De familjer som har uppvisat en långvarig instabilitet i familjerelationerna har sällan ansett att någon förbättring inträffat. För äldstabarn finns det sällan tecken på behandlingsprocess, alternativt symptomlindring.

Jämförelse med analys av högre/lägre besöksantal: Variabeln familjestruktur verkar vara utan betydelse när familjen har gjort mer än fem besök. I övrigt förekommer obetydliga skillnader. En intressant skillnad finns när det gäller äldstabarn. När familjerna har gjort mer än fem besök, har äldstabarnen sällan tecken på process. Har familjen däremot gjort få besök, har äldstabarnen ofta markering på förbättring enligt familjen samt totalt sett många kriterier uppfyllda. När lekobservation inkluderas i analysen, och denna alltså inskränks till barn 0-10 år gamla, försvinner sambanden med familjestruktur och plats i syskonskaran.

Kommentar, familjestruktur: Vad spelar då familjestrukturen för roll? Att det ofta blir behandlingsprocess när familjen befinner sig i en akut förändringssituation stämmer väl med kristeori. Man befinner sig i en krissituation. Tidigare erfarenheter och invanda beteendemönster är inte längre tillräckliga för att man skall kunna hantera sin aktuella livssituation (Cullberg 1975).

Om man studerar samband mellan enskilda variabler, visar det sig att familjer som befinner sig i en akut förändringssituation ofta visar känsla av ansvar och delaktighet i problemen liksom realistisk förväntan (phi 0.14 resp. 0.15).

Vid långvarig instabilitet i familjens relationer tycker familjen sällan att någon förbättring har inträffat. Om phi-koefficienterna mellan långvarig instabilitet och enskilda variabler studeras, visar det sig att motivationen allmänt är låg. Familjerna har ofta utsatts för påtryckning (phi 0.23), uttrycker låg känsla av ansvar och delaktighet inför problemen (phi 0.22) samt vill inte entydigt formulera problemet som symptom hos barnet och/eller relationsproblem (phi 0.14). Kvinnliga fostrare har också skiftat oftare än för andra (phi 0.20).

Steg 3, symptom

För barn med hämningssymptom förekommer det ofta dels att familjen anser att en förbättring har inträffat, dels tecken på symptomlindring samt att många kriterier är uppfyllda.

När det gäller barn med psykosomatiska symptom föreligger det ofta tecken på behandlingsprocess. Familjen tycker ofta att en förbättring har inträffat.

Med något större osäkerhet kan sägas, att de som har utåtriktade symptom sällan har många kriterier uppfyllda.

Kommentar till symptomen: Sannolikt passar befintliga behandlingsmodeller väl när det gäller att avlägsna hämningssymptom och psykosomatiska symptom, medan motsatsen snarast råder för utåtriktade symptom. När sambanden mellan enskilda variabler studeras, visar det sig att flickorna något oftare har hämningssymptom medan pojkarna något oftare har utåtriktade symptom (phi 0.16 resp. 0.15)

Steg 4, motivation och kontaktuppbyggnad

När familjen har utsatts för påtryckning att söka hjälp, förekommer det sällan tecken på behandlingsprocess. Familjer som har en realistisk förväntan bakom sitt hjälpsökande har ofta många kriterier uppfyllda; detta gäller både i relation till varje enskilt kriterium och i relation till totala antalet uppfyllda kriterier.

Realistisk förväntan har en genomgripande betydelse för alla kriterier. Påtryckning förefaller mindre viktig. Delvis är detta sannolikt ett utslag av multicollinearitet: korrelationen mellan påtryckning och förväntan "stör" belysningen av påtryckningens betydelse.

Alla variabler som rör motivation och kontaktuppbyggnad har signifikanta samband med varandra. Ett rikligt kvalitativt material finns kring dem. De kommer därför att behandlas utförligt i kapitel 7.

Steg 5, behandlingsvariabler

Ju fler besök, desto fler kriterier uppfyllda, gäller för alla konstellationer utom förbättring enligt familjen.

Vid behandlingsformen familjeterapi förekommer ofta processtecken och många kriterier är uppfyllda.

När en utredning eller behandling registrerats som avbruten, anser familjen sällan att en förbättring inträffat, och totalt sett är också få kriterier uppfyllda.

Vid hembesök är få kriterier uppfyllda.

När lekobservation företagits finns det mindre ofta processtecken och få kriterier är uppfyllda.

Antal besök och familjeterapi har genomgående positiva samband med kriterierna, medan motsatsen råder för avbrott, hembesök och lekobservation.

Kommentar, behandlingsvariabler: Behandlingsvariablerna är genomgående mycket viktiga. Man bör diskutera betydelsen för framtiden av att öka inslaget av de behandlingsvariabler som utfallit positivt, och noga granska funktion och inflytande för de behandlingsvariabler som har givit negativa utslag. Behandlingsvariablerna skall därför diskuteras ingående i kapitel 7.

Antalet besök familjen gör kan ju, litet förenklat, betraktas som något av ett effektkriterium i sig. Man gör knappast ett stort antal, i princip frivilliga, besök om man inte tycker att det ger något. Variabeln korrelerar också signifikant med samtliga effektkriterier; tecken på process, förbättring enligt familjen, symptomlindring och totala antalet uppfyllda kriterier (Cramer's V 0.40, 0.15, 0.26 resp. 0.45).

Att en familj som avbryter behandlingskontakten sällan anser att en förbättring har inträffat, är logiskt. Egentligen är det mer förvånande att sambandet är svagt. Sannolikt finns det dock familjer som "försvarar" avbrottet med att allt blivit bättre.

Den enda någorlunda enhetliga behandlingsmodell som har kunnat prövas statistiskt är familjeterapi. Är dess positiva utfall entydigt, eller skulle varje någorlunda klart strukturerad behandlingsmodell ge utslag? Mot det senare talar en rad undersökningar, refererade av Gurman och Kniskern (1978). Dock finns det material såväl från journalanalysen som intervjudata som visar på PBU-familjernas svårigheter att ta emot problemformuleringar som rör familjens relationer (se s. 81, 86).

När enskilda samband med övriga variabler studeras, visar det sig att motivationen är god (realistisk förväntan, ej påtryckning bakom hjälpsökandet phi 0.29 resp. 0.18). Det rör sig mest om pojkar (phi 0.23). Barnen har syskon (phi 0.26). De är inte invandrare (phi 0.19).

När det gäller hembesök och samband med enskilda variabler, finns det en signifikant phi-korrelation (phi=0.17) mellan hembesök och utåtriktade symptom. Familjerna har ofta utsatts för påtryckning (phi 0.15).

Det skulle ha varit värdefullt om man i högre utsträckning hade kunnat jämföra olika behandlingar. Som ett led i denna strävan inkluderades i regressionsanalysen de fall där barnen hade erhållit individuell behandling och gjort mer än fem besök. Något signifikant samband förelåg inte.

Sammanfattning

Bakgrunds- och familjedata har spelat en ganska obetydlig roll; motivations- och behandlingsvariabler är desto viktigare enligt den multipla regressionsanalysen. Flera forskare har kommit fram till liknande resultat. Schneller et al (1977) har undersökt vuxna patienter i individualterapi. Resultaten har skattats av terapeuterna. Varken ålder, kön, ras, äktenskapligt status, orsaken till att patienterna kom eller vem som remitterade gav utslag; däremot antal besök och typ av terapi. O'Leary et al (1973) fann att vare sig ålder, kön, antal problem hos barnet eller utbildningen av terapeuten hade något signifikant samband med förbättring, skattad av terapeuten. Inte heller behandlingens längd hade i denna sista undersökning någon betydelse. Behandlingen i den sistnämnda undersökningen skedde dock huvudsakligen utifrån en beteendeterapeutisk referensram.

Kapitel 6

RESULTAT
KVALITATIV ANALYS

Följande kapitel är delat i tre delar. Först belyses vad de familjer har fått hjälp med som har varit med om en framgångsrik behandling; här definierad som behandlingar där två eller tre effektkriterier är uppfyllda (n=68). Därefter beskrivs brister i behandlingen för de familjer där inget eller endast ett effektkriterium är uppfyllt (n=111). Slutligen redovisas en restgrupp (n=21).

Beskrivningarna har med avsikt gjorts så konkreta som möjligt, på viss bekostnad av teoretisk förankring. Alla uppgifter om antal i detta kapitel grundas helt på urvalet.

Vad fick familjen hjälp med?

Redovisningen av vad familjen fick hjälp med vilar på utvärderarnas bedömning av vari processen har bestått. Denna information finns för 61 av de 68 fallen. Av dessa har sju fall osäkra processbedömningar, men övriga två kriterier uppfyllda. De redovisas dock med hjälp av processbeskrivningarna, eftersom det ger mest information. Av beskrivningen framgår vilka fall det gäller. För de sju återstående fallen, med förbättring enligt familjen, symptomlindring och mer än fem besök, ges korta sammanfattningar.

Ursprungligen (Carlberg 1981) redovisades ytterligare sex familjer här. Dessa har nu förts till restgruppen istället.

Tabell 26
Översikt över det familjen fick hjälp med
n=68

behandlingsvinst	ant. fam.
förhållningssätt, föräldraroll	11
förbättr. relationer el. balans i fam.	8
konstruktiv omformulering av problemet	11
krisbearbetning	7
stärkta jag-funktioner	15
bearb. av internaliserade konflikter	9
stöd i svåra livssituationer	7
summa	68

Vanligaste behandlingsvinsten för familjernas del utgjordes av stärkta jag-funktioner.

Förhållningssätt och föräldraroll

Förbättrat förhållningssätt gentemot barnet eller bättre föräldraroll har 11 av familjerna (varav 4 osäkra processbedömningar) fått hjälp med. Man kan här sannolikt tala om fokusering av föräldraroll i behandlingen.

Klarare gränssättning: Tre familjer, alla tre osäkra processbedömningar, har främst fått hjälp att bearbeta problem kring gränssättning.

En frånskild mamma stöds i sin rätt till gränser och struktur på tillvaron, både i relation till barnet och till den f.d. mannen. Barnets biologiska föräldrar kommer något närmare varandra och klarar av en tydligare ansvarsfördelning i föräldrarollen, barnet utvecklas, symptomen minskar.

En annan mamma har fått insikt i sitt eget stora behov av gränssättning gentemot barnen. Samtidigt har hon lärt sig förstå mera av hur hon skall kunna genomföra gränssättningen.

Bristen på eget livsrum och kris efter en svår skilsmässa har drivit en tredje mamma till förtvivlans brant. Hon får hjälp att orka se sina egna behov och ser att barnet mår bra av att hon orkar stå emot dess provocerande trots.

Ändrat förhållningssätt: I ett fall har mamman fått hjälp att förstå och förändra sitt förhållningssätt till barnet. Praktiska problem löste sig och i samband med detta försvann symptomen. Någon djupare bearbetning skedde knappast.

En annan mamma har troligen fått en ökad insikt i hur hon fungerar som mamma och vad hon har svårt att klara. Hon kan i slutet skickligt ge ord åt sina föräldrasvårigheter.

Bearbetning av ambivalenta känslor mot barnen: Fyra familjer har bearbetat förmedvetna eller omedvetna kraftigt fientliga känslor gentemot barnen.

Modern lyckas stå upp för sin pojke när hon förstår mer av egna aggressiva känslor för honom. Kanske skulle hon kunnat ta emot mycket mer av insikt i de blandade känslorna och inte behövt terapeuternas praktiska stöd i kontakter med skola m.m.

En ensam mamma har haft det mycket svårt. Bindningen mellan mor och barn är kraftig och mamman är överdrivet orolig för barnet. Under behandlingen blir modern lugnare och symptomen minskar. Problemen är dock behandlade på en ganska ytlig nivå (osäker processbedömning).

En mor är överdrivet beskyddande, står och vacklar inför om hon har rätt att släppa barnen och själv studera. Fadern har en ganska passiv roll. Flickan lever under stark press och lider

av mammans outtalade aggressiva känslor. Terapeuterna anser att man inte kommer vidare. Viss insikt får troligen familjen ändå, med viss lättnad för flickan.

En viss bearbetning av ambivalensens inverkan på föräldrarollen hos denna fjärde mamma sker. Hon klarar också bättre av sina reaktioner inför barnets handikapp.

Övrigt: För en familj blir föräldraansvaret bättre delat, mamman blir friare och starkare, pressen på barnet mindre. Problem återstår dock.

I den sista familjen ges en kort individualterapi till en tonårspojke. Han får ökat livsrum, föräldrarnas tilltro till hans förmåga ökar och deras stela föräldrahållning mjukas upp.

Förbättrade relationer eller förändrad balans i familjen

Åtta familjer har fått hjälp till förbättrade relationer eller förändrad balans i familjen. Föregående grupp hade fokus på föräldraroll. Här ligger fokus mer på relationerna.

Fokus på familjefunktionen, fyra familjer: En korttidsinsats i en skilsmässosituation för en familj lättar på trycket i spänningen mellan makarna och gör att de fungerar bättre, förhoppningsvis även i relation till barnet.

En familjs relationer är i fokus för bearbetningen i några hetsiga samtal där det är fråga om hur känslorna egentligen hänger med. Barnets symptom upphör.

Familjen orkar se barnets symptom som ett familjeproblem, vilket leder till förbättrad funktion i familjen.

För denna familj sker en bearbetning av familjemönster på ett sätt som sannolikt även medfört strukturella, intrapsykiska, förändringar. Det är troligt att barnets oidipala konflikt löses.

Förbättrade relationer, fyra familjer: I en väl avgränsad insats i en mycket komplicerad familj får en tonårspojke hjälp att hitta åter till sin biologiske far, vilken sedan länge har varit borta från familjen.

Föräldrarna i en annan familj får hjälp att tydligare se den kraftiga bindning som finns mellan modern och barnet och något lättar denna. Familjen blir mycket nöjd och drar sig snabbt undan. Kanske var terapeuterna alltför ivriga att få till stånd ett i och för sig väl indicerat långtidskontrakt, ett steg som familjen dock kanske inte var mogen att ta.

Modern i en tredje familj får insikt i sin föräldrahållning och i hur barnet upplever denna; bearbetar sin relation till män, vilket gör det möjligt för pojken att få tala om och tycka om fadern som försvann. Tidigare har han varit låst i en förstelnad kris i känslorna för fadern.

Mamman i den fjärde familjen är i underläge i sin familj. Terapeuterna hjälper till att stärka mammans roll och bidrar till att familjens projektioner på omgivningen minskar. Många problem återstår dock.

Omformulering av problemet i riktning mot kärnproblematiken

För 11 familjer har det anmälda problemet omformulerats på ett sätt som varit till gagn för barnet. Det skulle för alla dessa familjer ha varit önskvärt med en mer omfattande bearbetning av det egentliga problemet. Ändå tycks omformuleringen ha inneburit förbättringar för barnet.

Barnet ur fokus: I åtta familjer har barnet förts ur fokus. Man slutar att haka sig fast vid barnets symptom och de svårigheter som barnet utlöser och börjar ana att problemet sannolikt har rötter även hos övriga familjemedlemmar och har betydelse för hela familjen.

Fem familjer tycks någorlunda kunna ta till sig denna kunskap. För tre familjer sker det alltför snabbt eller på ett alltför konfrontativt sätt. Alla tycks dock ändå ha förstått något mer av kärnproblemet. Fyra av familjerna har registrerats som behandlingsavbrott.

Psykiska faktorer bakom somatiska symptom: För de här båda familjerna har man sökt hjälp för somatiska symptom från början. Familjerna har börjat ana att det kan finnas psykiska faktorer bakom t.ex. magvärken, men processen forceras och det blir för hotande.

Daghemmets problem - och familjens: Den sista familjen hade först enbart problem med daghemmet, men modern börjar se en del av hur hon själv och barnet fungerar. Omfattande problem finns dock kvar.

Krisbearbetning

Krisintervention har karakteriserat behandlingen för sju familjer. För två familjer har krisen rört obearbetade känslor inför barns sjukdom och handikapp. Mödrarna har stått väldigt ensamma. I ena fallet tar fadern avstånd till barnets handikapp, i det andra fallet är modern änka. De båda mödrarna har fått hjälp med sina känslor.

Mödrarna i två familjer har fått hjälp att tala om svåra skilsmässor. I den första familjen kommer barnet ev. åt sidan, i den andra blir det troligen tillåtet för barnet att tala om skilsmässan och att tycka om båda föräldrarna.

En tydlig, utlösande faktor aktiverar en traumatisk upplevelse för ett förpubertetsbarn i en annan familj. Föräldrarna kan ta emot och följa konkreta råd angående sin hållning inför pojkens problem, och lyckas bryta en ond cirkel för honom.

En tonårsflicka med svagt stöd i omgivningen bearbetar sin sorg efter ett uppbrott från en fästman och över en medfödd missbildning som fått ny vikt för henne.

Ännu en tonårsflicka tillgriper så kraftiga medel i sin frigörelsesträvan att det utlöser en kris hos föräldrarna. De ser så småningom både hennes behov av frigörelse och hennes behov av gränssättning.

Stärkta jag-funktioner

Femton familjer har fått behandlingar av en karaktär som främst är jagstödjande.

Barnet bekräftas som individ: I sex fall har behandlingen inriktats på att bekräfta barnet som en individ med möjlighet till egen utveckling och ökad rätt till självständighet - även om föräldrarna dras med stora egna svårigheter.

En pojke får jagstödjande behandling på en dagbehandlingsavdelning. En latensflicka, med medfödd missbildning som kommer från en mycket komplicerad familj får hjälp att urskilja sig själv som individ litet mer - vilket blir på gränsen till vad modern står ut med. I ett långvarigt vårdnadskrig får barnen i familjen hjälp att se de vuxnas problem och ett avgörande tvingas fram i vårdnadsfrågan. En tonårsflicka får viss hjälp med en internaliserad konflikt, även om bearbetningsnivån är ganska låg - vilket kan vara helt adekvat i hennes fall. En mycket ensam tonårspojke upplever stöd i att någon ö.h.t. lyssnar på honom, accepterar honom och visar att han är värd att lyssnas på. En tonåring med missbruksproblem får en framgångsrik jagstödjande miljöterapi.

Ökat föräldraansvar: Två familjer har av allt att döma tagit på sig ett ökat föräldraansvar och därmed ökat sin kompetens som föräldrar. Deras föräldrafunktion har tidigare varit mycket svag.

Bekräftelse av föräldraduglighet: En ung, i vanliga fall kapabel, mamma i en påfrestande praktisk situation stärks i att hon kan och duger. Liknande situation råder för en annan familj med två små barn, mycket nära varandra i ålder, där mamman stöds i sin föräldraroll. En skolpojke på behandlingshem får hjälp till struktur på tillvaron och föräldrarna får ökad upplevelse av sin betydelse som föräldrar till pojken.

Struktur på tillvaron: Fyra familjer har fått hjälp att strukturera tillvaron på andra sätt. En flerårig bearbetning, bl.a. med hemmahosterapi, av en svårt störd mamma resulterar i att hon frivilligt accepterar en fosterhemsplacering av barnet. En mamma får hjälp att se hur hon komplicerar tillvaron genom sina svårigheter att sätta gränser för en man som utnyttjar henne. Det rör sig här om ett långvarigt kontaktuppbyggnadsarbete med en socialt isolerad kvinna. Stora krav på daghemmet som fostrare av barnet har en mamma, som samtidigt själv tycks ställa sig utanför fostraransvar. Man lyckas hjälpa henne att se mer av

vad hon egentligen kräver av daghemmet och något av vad hon snarare kan bidra med själv. Nästa familj är en skilsmässofamilj som huvudsakligen talar genom barnen, vilka därigenom fått för stort spelrum för sig. Familjen "förses med vissa strukturer" i form av rena förhandlingar och beslut om umgänge.

Bearbetning av internaliserade konflikter

Nio tonårsterapier, åtta med flickor och en med en pojke, har markerats på bearbetning av internaliserade konflikter. För tre av dem är processtecknen osäkra. Det rör sig om två korta och sju mycket långa (12-30 mån.) individualterapier. Fem av patienterna kämpar huvudsakligen med frigörelse från den egna familjen. För fyra andra dominerar bearbetning av oidipala konflikter. I några fall har kontakter med föräldrarna förekommit parallellt med tonårsterapierna; i ett fall familjeterapi.

Dessa nio utmärks av att de är ganska tydliga fall av bearbetning av internaliserade konflikter. Givetvis är de inte de enda fallen där internaliserade konflikter har bearbetats; det rör sig om gradskillnader.

Stöd i svåra livssituationer

I sju fall (plus de sju som har beskrivits ovan som osäkra processbedömningar) har familjen ansett att en förbättring inträffat och dessutom anges att barnets symptom har lindrats eller försvunnit. Dessa fall får utgöra illustration till denna kriteriekonstellation.

Ett barn anmäls på grund av enures. Skilsmässa är nyligen genomförd och makarna har nya partners. Många problem finns, bl.a. alkoholmissbruk. En god kontaktuppbyggnad har genomförts av terapeuten. Det har varit svårt att avgöra om process förelegat eller ej.

Ett annat barn anmäls för skolvägran på grund av mobbing. En uppslitande skilsmässosituation råder. Båda föräldrarna är invandrare av olika nationalitet. Sannolikt har PBU-kontakten varit av stödjande karaktär.

I ett annat fall är barnet anmält på grund av koncentrationssvårigheter och vissa avskärmningstendenser. Skilsmässa är nyligen genomförd. Föräldrarnas engagemang i barnet är bristfälligt.

Nästa barn fick inte gå i skolan för föräldrarna. Dessa är invandrare och har nu, liksom tidigare, omfattande psykiska problem.

Så är det ett barn från en sammanhållen biologisk familj som har invandrat från ett grannland. Det här barnet anses vara alltför bundet till föräldrarna, främst modern. Det sociala nätverket är begränsat. Familjemedlemmarna tyr sig i hög grad till varandra, och frågan är om man orkar släppa in terapeuten riktigt.

En mor anmäler relationsproblem till sitt barn. Hennes skilsmässa har medfört byte av boendeort, skola och vänner m.m., vilket har försatt familjen i en svår omställningskris. Terapeutbyte förekommer. Kontakten är främst av stödjande karaktär.

I ett annat fall anmäls barnet på grund av oro och sömnsvårigheter, konflikter med syskon. Familjen är utåt sett väl sammanhållen. Barnet får stödterapi.

Fyra av familjerna ovan befinner sig i akuta förändringssituationer på grund av skilsmässor. Tre av familjerna, varav en skilsmässofamilj, är invandrade till Sverige. Alla dessa har på olika sätt svårigheter att knyta an till och tas emot i det svenska samhället. För tre av familjerna tycks långvariga och omfattande psykiska svårigheter föreligga (första, tredje och fjärde familjen ovan).

Det förefaller som om dessa familjer genomgående har fått stödterapi, en terapiform som förefaller väl motiverad utifrån de beskrivna svårigheterna.

Dewald, (1964, s. 35), säger att "om neurotiska reaktioner på yttre stress behandlas med stödåtgärder, visar det sig ofta att den neurotiska regressionen och symptombildningen är övergående och reversibel och ytterligare behandling är överflödig".

Riktigt så gynnsamma är inte situationerna i ovanstående exempel. Många föräldrar befinner sig i svåra yttre situationer när de söker hjälp för sina barn. Ofta har barnet och familjen levt länge med barnets problem, men det är först när ytterligare stress tillkommer som man tar steget att söka hjälp.

Även om ren stödterapi är ovanlig, förväntar man sig vid denna terapiform i långt mindre utsträckning tecken på behandlingsprocess (Dewald a. a.), särskilt vid korta behandlingskontakter. Kanske är därför denna behandlingsform särskilt svår att belysa i en utvärdering av denna typ.

Hur såg bristerna i behandlingen ut?

Hur såg bristerna i behandlingen ut? Nedan skall redovisas brister i behandlingen utifrån granskning av de familjer där endast ett eller inget effektkriterium är uppfyllt.

Materialet har kategoriserats i tre kategorier utifrån vad som har antagits vara den viktigaste orsaken till att behandlingsframgång ej har uppnåtts (tabell 27). Kategoriseringen har utgått ifrån bedömardiskussionerna kring de globala bedömningarna, men har genomförts av författaren ensam. Innehållet i varje kategori redovisas sedan mera detaljerat.

Familjerna har delats upp efter antal besök; 53 familjer har gjort mer än fem besök och 58 familjer har gjort högst fem besök totalt (inklusive återanmälningar) vid PBU.

Den första kategorin beskriver intrapsykisk och/eller interpersonell problematik som framkommer i journalen, men som terapeuterna av olika orsaker inte har kommit åt.

Nästa kategori omfattar de journaler där remitteringar och/eller terapeutbyten tycks ha spelat en stor roll. Det kan gälla både remitteringar till PBU, terapeutbyten inom PBU och remitteringar eller terapeutbyten från PBU till annan verksamhet.

I den sista kategorin dominerar strukturella problem. Med strukturella problem avses här omfattande sociala och/eller psykiska och/eller medicinska m.fl. problem som i hög utsträckning påverkar familjens funktion.

I den första bearbetningen (Carlberg 1981) fanns det en fjärde grupp, utredningstekniska brister. Denna redovisas nu i restgruppen.

Tabell 27
Typ av brist i behandlingen och antal besök totalt
n=111

kategori	antal besök >5	1-5	tot.
kvarstående intrapsykisk och/eller interpersonell problematik	31	40	71
remitteringar och terapeutbyten	12	12	24
omfattande problem	10	6	16
summa	53	58	111

Av tabellen framgår att den största kategorin under brister i behandlingen utgörs av intrapsykisk och/eller interpersonell problematik som terapeuterna inte har kommit åt att bearbeta.

Intrapsykisk och/eller interpersonell problematik, över fem besök (31 fam):

I 14 fall tycks det ha varit svårt att komma fram till dynamiken i problemen. Man kan kalla det en diagnostisk brist. Bakom kan dock ligga en bristande känsla av kontakt, som gör att familjen inte orkar lämna ifrån sig tillräckligt omfattande material. Det har då varit svårt att se vad som kan förändras för familjen. Minst fem av dessa 14 fall tycks för barnens del röra sig om tidiga kontaktstörningar med ganska diffusa symptombilder.

För 12 fall har diagnosen sannolikt varit tillfredsställande, men tekniken mindre framgångsrik. I hälften av dessa fall har familjen lyckats dra in terapeuterna i sin problematik på ett ytterst konkret och mycket svårhanterligt sätt. I två av dessa gällde det föräldrars anmälningar av tonåringar.

Fem fall utgör en mycket speciell grupp. Barnen i denna lider antingen av fysiska handikapp eller av utvecklingsförseningar. Behoven av krisbearbetning för föräldrarnas del förefaller mycket stora. Ändå tycks det vara ytterst svårt att få till stånd dessa. PBU-kontakterna för dessa barn begränsas till utredningar eller försök att förbättra skolsituationen. Dessa familjer har haft omfattande kontakt t.ex. med sjukvård tidigare. Frågan är på vad sätt man tidigare har försökt nå familjerna för krisbearbetning. Det tycks röra sig om mycket låsta situationer.

Intrapsykisk och/eller interpersonell problematik, fem besök eller färre (40 fam):

I 12 av journalerna förefaller kontakten ha varit diffus, strukturlös och utan fokus. Kanske har familjen presenterat problemen på ett diffust och trevande sätt. Kanske är strukturlösheten familjens huvudproblem. Det förefaller dock som om terapeuterna "svarat" på familjernas kontaktmönster på liknande sätt.

I fyra fall tycks en bristande diagnostisering ha resulterat i en alltför god enighet mellan familj och terapeut. Terapeutens syn på problemen tycks ha begränsat sig till familjens uppfattningar. Detta skulle kunna tyda på att terapeuten inte ser behov av bearbetning hos familjen, något som dock utvärderarna tycker sig ha funnit. Det står dock knappast helt klart hur mycket terapeuten faktiskt sett men inte velat skriva i journalen om detta.

I tolv fall kan det ha förelegat en bristande teknik som visat sig i att terapeuterna kommit med en problemformulering som legat alltför långt från vad familjen varit beredd att se. Familjen har sökt hjälp för symptom hos ett barn, magsmärtor eller problem på daghemmet. Terapeuterna har alltför snabbt definierat problemet som ett relationsproblem eller intrapsykiskt problem. De åtgärder som föreslagits har kommit alltför snabbt, innan familjen har accepterat grunden för åtgärden.

I fem fall verkar det finnas en allvarlig brist på hopp eller bristande tro på att det finns åtkomliga orsaker till problemen, kanske hos både familj och terapeut.

Familjens problematik har i sju fall snabbt spelats upp i samtalet på ett sätt som terapeuten har haft svårt att bemästra. Fem av dessa sju fall rör tonåringar. Tonåringarna har kämpat sin frigörelsekamp. Familjen har i sin oro sökt hjälp å tonåringens vägnar.

Remitteringar och terapeutbyten, mer än fem besök (12 fam):

Remitteringar och terapeutbyten har skett på olyckliga sätt för 12 familjer. I två fall rör det sig om terapeutbyte inom PBU. I ytterligare ett fall lämnar en terapeut en tonåring i samband med att denna tas in på en institution - på ett sätt som kan

vara en psykologisk parallell till hur mamman en gång övergav henne. I två fall remitteras familjer på grund av problem på daghemmet och i skolan. Det ena fallet borde sannolikt istället ha varit ett konsultationsuppdrag. Även i det andra fallet behövde skolan ha hjälp, frågan är bara hur.

Fyra familjer har parallella behandlingskontakter. Dels förefaller det otillräckligt utrett varför familjen har remitterats eller sökt sig till PBU just vid detta tillfälle, dels brister det allvarligt i fråga om samordning och differentiering mellan olika behandlare.

Tre familjer har remitterats på litet oklara premisser. I ett fall önskar socialförvaltningen en utredning av barnet. Sannolikt önskar man även en behandling av föräldrarna, men detta sägs aldrig ut och kommer aldrig till stånd. I ett annat fall remitteras barnet med förfrågan om det är lämpat för en liten daghemsgrupp. Av oklara skäl övergår detta till en vanlig PBU-kontakt som snabbt avslutas. Det tredje fallet rör en remiss från barnmedicin, med en frågeställning om barnet klarar en inläggning på barnsjukhus. Sannolikt har läkaren oroats av barnets många ångestsymptom. Man kan utifrån detta ana en önskan om mer omfattande psykisk hjälp åt familjen. Det görs dock endast en utvecklingsbedömning. Det går inte att se hur familjerna uppfattade dessa tre remitteringar, men det förefaller svårt för terapeuten att "behandla" familjen utöver det den remitterats för.

Remitteringar och terapeutbyten, fem besök eller färre (12 fam):

I fyra fall tycks en remittering ha gjorts i någon slags strävan att "göra allt" för familjen. En av dessa familjer kom lydigt till PBU-centralen, men frågan är hur mycket hjälp familjen egentligen ville ha. Problemen tycktes överståndna. De övriga tre familjerna hade redan flera behandlingskontakter aktuella. Det är oklart vari PBUs specifika insats skulle bestå. Kan denna typ av remitteringar förebyggas genom erbjudanden om konsultation eller handledning till dem som remitterar?

För två familjer inträffade terapeutbyte inom PBU som utföll olyckligt. I två fall bröt i praktiken terapeuten behandlingskontakter, oklart varför.

I två fall har remitteringen skett på falska premisser. Man har remitterat familjen till PBU-centralen för att den skall få intyg, medan i själva verket den som remitterar önskar att familjen skall få omfattande behandling. I det andra fallet har familjen förespeglats hjälp med magbesvär, trots att den som remitterar anser en relationsbearbetning nödvändig och inte antyder tillräckligt mycket av samband mellan magont och psykiska problem för att besöket skall förefalla rimligt för familjen. Det går ju knappast att bota människor mot deras vilja, för problem som de inte sökt hjälp för. Frågan är på vad sätt dessa behandlarbyten kan förebyggas. Konkurrens mellan skolans elevvård och PBU-terapeuterna förelåg slutligen i två fall.

Omfattande problem, över fem besök (10 fam):

Två av familjerna har varit aktuella under mycket lång tid, inom socialvården, skolans elevvård, sjukvård m.m. I båda fallen kan man följa uppväxten för barnen i synnerligen påfrestande miljöer. Familjerna har remitterats till PBU från hemma-hosterapeuter respektive socialsekreterare.

I tre fall rör det sig om invandrarfamiljer som remitterats till PBU. Familjerna har haft svårt att finna sig till rätta och kämpar med kulturchocken. Enligt de uppgifter som finns har dessa familjer haft omfattande problem även i sina ursprungsländer.

De övriga utgörs av fem tonåringar, samtliga med tecken på kraftigt förstärkta frigörelsekriser. Tre av dem är anmälda av modern, en av skolan och den femte har själv sökt hjälp tillsammans med en anhörig. Det verkar mycket svårt för terapeuterna att etablera kontakt med dessa oroliga tonåringar. I ett av de fall som anmälts av modern lyckas terapeuten etablera en terapeutisk kontakt. I några fall lyckas terapeuterna istället bygga upp en kontakt med familjen.

Omfattande problem, fem besök eller färre (6 fam):

Fem av dessa sex familjer har kontakt med social servicecentral. Den sjätte familjen är en invandrarfamilj som har det svårt i mötet med en ny kultur. Remitteringen till PBU tycks upplevas som en stor anklagelse. Sammanlagt fem av dessa familjer hade remitterats till PBU. Familjerna har så stora problem kring att få tillvaron att flyta rent praktiskt, att det är svårt att urskilja intrapsykiska och interpersonella problem för dem.

För alla dessa familjer med omfattande problem gäller att remitteringarna mera är präglade av känsla av hjälplöshet hos den som remitterar än av realistisk tro på att PBU för tillfället är mest adekvat instans.

När problemen är omfattande, är det svårt att bearbeta intrapsykiska och interpersonella problem. Det saknas goda metoder för behandling av familjer som har problem på alla plan. Ofta dras många olika samhälleliga organ in i behandlingsarbetet. Behovet av samordning och differentiering av olika hjälpinsatser utifrån familjernas behov är stort. Familjerna har mött en rad olika behandlare, och därmed också upplevt en rad avbrutna behandlingskontakter.

Restgruppen

Restgruppen utgörs av 21 familjer som har varit svåra att klassificera.

En undergrupp består av sex familjer som tidigare (Carlberg 1981) har redovisats under tecken på process och förbättring enligt familjen, men där det råder tvekan om behandlingsprocess förelegat eller ej. Bedömarna har varit oeniga eller har tyckt att familjen har varit svårbedömd. Den andra undergruppen består av 15 familjer, tre familjer med mer än fem besök och 12 familjer med högst fem besök, som tidigare har redovisats under rubriken "utredningstekniska brister".

Cirka två tredjedelar av dessa familjer har sannolikt blivit adekvat behandlade. För övriga är journalmaterialet alltför torftigt för att tillåta närmare analys.

Svårbedömda behandlingsprocesser

En tonårsflicka har remitterats till PBU efter att ha sökt läkare för psykosomatiska symptom. Hon mår bättre och har lyckats ta initiativ till att byta arbete. Intrapsykiska problem finns, men processen stoppas upp, troligen på grund av bristande kontaktuppbyggnad och initial motståndsbearbetning. Hon har gjort få besök. Det är tveksamt både om förbättringen för henne är genuin och om den kan knytas till behandlingen. Insatsen har tidigare redovisats som jagstödjande.

En fin dialog mellan en skolpojke och hans mor kommer tillstånd i det enda samtalet. Pojken lyckas av allt att döma förmedla sina känslor inför familjesituationen på ett sätt som mamman kan förstå. Materialet är begränsat, men ett ganska omfattande hjälpbehov antyds. Journalen har tidigare redovisats under förbättrade relationer mellan barn och förälder.

En mamma formulerar en omfattande hjälpvädjan. Behandlarna har olika uppfattning om barnets störning. Ett kort kontrakt leder sannolikt till en bättre fördelning av föräldraansvaret. Utvärderarna ansluter sig till den allvarligare synen på barnets svårigheter men dessa behandlas inte, trots motivation och bearbetningsresurser i familjen. Denna familj är tidigare redovisad under "bättre fördelning av föräldraansvar".

En styvförälder anmäler sitt styvbarn. Det blir en viss, ganska ytlig rådgivning som dock sannolikt har stärkt föräldrarollen och bidragit till bättre gränssättning.

Ett mellanbarn har anmälts från en flerbarnsfamilj där modern inte orkar med barnen. Troligen ökar livsrummet för barnet, kanske känner det sig bekräftat i sin rätt till eget liv. Frågan är dock om behandlingen tillfälligt har sänkt mammans re-

surser genom att åtgärderna alltför mycket understryker hennes insufficiensupplevelse. Vad skulle ha hänt om terapeuten hade stått emot hennes ångest mera? Tidigare har denna journal redovisats under jagstöd för barnet.

En skolpojke anmäls för hämningssymptom. Familjerelationerna förs snabbt in i fokus av behandlarna. Familjen anar nog att problemen inte bara är pojkens, men omformuleringen av problemen går för snabbt.

Undersökningstekniska brister

Till undersökningstekniska brister har förts dels de journaler vars innehåll inte har varit tillräckligt för bedömning, dels några fall där kriterierna förefallit missvisande, se nedan.

Mer än fem besök, tre familjer: Ett av dessa fall rör en liten utvecklingsstörd pojke som skrivs in i omsorgsnämnden. Modern får en viss krisbearbetning. Ärendet verkar vara väl skött. Man kan dock inte vänta sig att pojkens symptom skall förbättras eller att familjen skall anse att en förbättring har inträffat. Processtecken finns, baserat på krisbearbetningen.

I två familjer har noterats symptomförbättring. Journalerna är skrivna på ett sätt som inte gör det möjligt att se tecken på process. Familjerna har inte givit sin syn på utfallet, troligen på grund av att det rör sig om avbrutna behandlingar. Utvärderarna tror dock att en behandlingsprocess har förelegat. En av dessa familjer intervjuas senare, varvid detta antagande får stöd.

Ett till fem besök, 12 familjer: Hälften av de 12 journalerna innehåller alltför litet information för att insatsen skall kunna bedömas adekvat. De övriga sex fallen kan ha varit goda insatser, där man har gjort vad som har varit möjligt och rimligt. Kriterierna har dock inte täckt dessa utfall, eller, när det gäller familjens uppfattning, inte varit markerade.

En översikt följer av de sex fall som troligen har varit bra: I tre fall har tonåringar begärt intyg. Orsaken till intygsbegäran har sonderats. Två av intygen berörde värnpliktssituationen och ett en inhiberad resa. Tonåringarnas hjälpbehov har undersökts, utan att terapeuterna har trätt dem för nära. En liknande situation råder för ytterligare en tonåring inom gruppen. I ett fall görs en fosterhemsplacering, som utifrån den ytterst knapphändiga journalen förefaller adekvat. I det sista fallet remitteras en familj till privat familjeterapi, vilket sannolikt också är ett rimligt beslut.

Kapitel 7

RESULTAT
INTEGRERING AV KVALITATIVA OCH KVANTITATIVA DATA

I detta kapitel kommer resultat från beskrivningen av urvalet, regressionsanalysen, den kvalitativa analysen av framgångar och brister samt övriga journaldata att sammanställas och diskuteras i relation till intervjumaterialet. Resultaten från denna undersökning jämförs med andra forskningsfynd.

De slutsatser som dras utifrån samband, redovisade i kapitel 5, är generaliserbara till populationen. Alla uppgifter om antal i detta kapitel kommer ifrån journal- eller intervjuurval. De är inte direkt generaliserbara till populationen.

Problemformulering och förväntan

Initial problemformulering

I familjens problemformulering avspeglas familjernas motivation och beredskap till bearbetning. När dessa förhållanden är gynnsamma, föreligger förutsättningar för en god kontaktuppbyggnad. Motiven till att infinna sig på mottagningen skiftar dock. Så gör även familjens sätt att formulera problemen.

Det finns en rad exempel på olikheter i problemformuleringen i telefonanmälan och i det första mötet med terapeuten. Dessa kan ha flera orsaker. Ett skäl kan vara att den som tar emot samtalet vill dra fram de skäl som talar för att familjen bör tas emot och sålunda förklara eller stärka sitt eget handlingssätt eller beslut. En annan orsak är att familjen kan ha givit livfulla skildringar av svåra problem i telefonen. Kanske ringde familjen i en akut situation, där svårigheterna bara strömmade fram. Efter en sådan reaktion minskar vanligen ångesten tillfälligtvis. När föräldrarna väl, efter viss väntan, sitter inför terapeuterna, har de haft svårt att stå för sådant de tidigare sagt.

Sannolikt är dock familjens reserverade hållning i samtalet utslag av en stegrad ångest. Man orkar inte stå för det man anmält. Några mammor har markerat skriftligt på baksidan av en anmälningsblankett att barnet hade problem med enures, respektive ständig matvägran. De sade inte ett ord om dessa problem i samtalen och terapeuterna hade inte heller sett denna ambivalenta hjälpvädjan. En annan mamma ville vid intervjun inte riktigt stå för sitt eget initiativ:

> "Jag har för mig att det var någonting med flickan där liksom, att vi blev inkallade båda två...eller alltså, jag tog kontakt med dem...för vi hade bekymmer med flickan."

Än mer tveksam måste den mamma ha varit som sade sig inte veta varför hennes barn hade varit i kontakt med PBU: "Ja, jag vet inte om det var för snattandet, men det sa hon /hemterapeuten/ i alla fall."

I uppföljningsintervjuerna kunde familjerna vanligen väl minnas hur de hade tänkt och känt inför det första besöket. Här följer några exempel.

> Vädjan om hjälp: "Jag var mer eller mindre desperat alltså till slut och undrade vad jag skulle göra, och då var det barnavårdscentralen som sa att jag skulle ringa till PBU, så då gjorde jag det."

> Ibland fanns det maktstrid inom familjen: "Vi ville få reda på vad som var rätt och riktigt i barnuppfostran va, för vi måste ha en enhetlig uppfostran. Bråket gällde mycket uppfostringsfrågor, då måste dom kunna säga någonting om vad som var rätt och riktigt i uppfostringsfrågor (fadern)." "Det var därför vi gick till rådgivningsbyrån, för att dom skulle tala om för dig att du hade fel (modern)."

Rädsla för vad som skulle hända var vanlig:

> "Jag hade inga förutfattade meningar eller någonting... Nej, men herre gud. Det är ju psykiskt alltså. Ja, PBU va, det är ju såna här problem. Det tänker man sig. PBU är för besvärliga barn, alltså det är ligister och..."

> "Inte för att jag tyckte det var obehagligt att gå dit, utan det var situationen... Jag hade inte ens riktiga vänner... Det var något okänt. Det är svårt det där. Jag visste inte var dom stod någonstans, jag visste inte var jag hade dom, vilka dom var egentligen. Jag hade velat känna dom mer innan."

> "Jag skall erkänna, att när jag fick veta liksom vad det var för någonting, att döma av namnet och så, blev jag väldigt rädd. Då kom ju allt det här tillbaka. Han kanske har någon del av hjärnan som inte är utvecklad, nervcentra är inte fullt utvecklat som det ska."

Andra familjer tycktes ha intagit en mer saklig hållning. Man hoppades få lite tips, ville kunna veta lite bättre hur man skulle göra och inte göra, ville få litet perspektiv på problemen.

> "Jag tänkte mig att dom skulle vara den förmedlande parten. Att min före detta man skulle få häva ur sig allt han tyckt om mig under alla dom här åren, och jag skulle få häva ur mig, utan att vi behövde sitta så här, och att någon analyserade det och bollade det tillbaka. Framför-

allt skulle dom då kunna avlyssna oss och förstå vad barnets problem satt i det här."

"Jag tyckte jag hade problem med min son, och det visste jag berodde på att vi hade problem i vårt förhållande, min före detta kille och jag. Pojken hade vredesutbrott och var besvärlig över huvud taget, så då ringde jag PBU."

"Det är klart att vi hade hört talas om det, men vi hade väldigt dimmiga föreställningar om PBU:s uppgift - att hjälpa barn som på något vis hade psykiska problem, något sådant var det nog."

Förväntan

I den statistiska analysen framstod familjens förväntan och, i viss utsträckning, förekomst av påtryckning bakom hjälpsökandet som viktiga. Förekomsten av signifikanta samband mellan samtliga variabler som har att göra med motivation och kontaktuppbyggnad har sannolikt medfört att övriga variabler inte slagit igenom i regressionsanalysen.

Det har lyckats bättre med behandling av de familjer som haft en realistisk förväntan från början. Kanske har dessa familjer en god förkunskap eller tidigare positiva erfarenheter av psykisk samtalsbehandling. En god abstraktionsförmåga samt vana vid att uppmärksamma och verbalisera psykiska skeenden underlättar sannolikt, medan det kan vara svårt för familjer som i högre grad tänker och planerar i handlingar och åtgärder, och därför kan ha svårt att från början förstå att det kan hjälpa att "bara sitta här och prata" (MacKinnon & Michels, 1971).

Många av de familjer som fått kontakt med PBU via andras förmedling är inte vana vid att identifiera eller ge ord för egna känslor, har svårt att förstå att man kan tala om abstrakta psykiska skeenden och är ovana vid att använda språket som kontaktmedel på ett så här komplicerat sätt.

Det är svårt att ange hur många familjer som har denna typ av svårigheter. Inga kriterier har kunnat ställas upp. Här om någonstans gäller det att "diagnosen" främst är ställd utifrån det material som inte finns i journalen; samtalen förblev låsta och torftiga. I några fall ansåg familjen inte att det fanns några problem. Man hade infunnit sig därför att man uppmanats till det av någon samhällelig institution. Låsningen behöver dock inte helt ha berott på familjen. Bristande teknik från terapeutens sida kan också ha spelat roll.

Olika förväntningar förelåg också enligt den kvalitativa analysen när familjen först sökte hjälp för psykosomatiska besvär. Tio procent av barnen har ett psykosomatiskt huvudsymptom. Tre femtedelar av dessa har först sökt hjälp vid somatisk sjukvård.

Det positiva utfall som förelåg vid psykosomatiska symptom, tecken på behandlingsprocess och förbättring enligt familjen, väcker förvåning. Benägenheten att reagera med dessa symptom

anses som regel ha uppkommit tidigt i individens liv. Därav följer att tillstånden skulle vara svåra att bota. Enligt den kvalitativa analysen föreligger det också en hel del svårigheter vid denna problemformulering.

De flesta av de remitterade familjerna har kommit dåligt förberedda till PBU. De har ställt sig frågande till vad PBU skulle kunna hjälpa dem med. Det förekommer att familjer upprepade gånger blir remitterade för dessa symptom.

Själva remitteringen har i dessa fall uppfattats som en kränkning eller ett ifrågasättande. De symptom man sökte för fick inte "godkänt".

> "För när ingen läkare hittade fel, då stod jag där och stampade. Jag såg liksom ingen möjlighet. Vad skall jag göra, hon har ont i magen. Nu fick jag ringa till PBU om hjälp, och hon fick komma dit till doktorn. Jag vet inte om det var riktigt, men..."

I en annan familj, som också hade ett barn med ont i magen, utbrast modern irriterat efter en stunds samtal: "Kan det verkligen löna sig att sitta här och prata?"

Det har inte varit särskilt framgångsrikt när terapeuterna direkt har försökt ge en dynamisk, psykologisk förklaring till symptomen. Åtminstone den här terapeuten förväntade sig att familjen skulle vara långt mer förberedd:

> "Man undrar ju verkligen varför dom kom hit då, för de var inte speciellt intresserade av att prata om sina problem. Utan de visade att pojken egentligen ville ha en kroppsundersökning."

Kontaktuppbyggnad med barn och ungdomar

Att förklara för barnen

Barnens upplevelser av kontakten med terapeuterna framkommer endast i begränsad omfattning i journalerna.

Inte heller i uppföljningsintervjuerna kommer barnens upplevelser fram. Barnen har deltagit i intervjuerna i mycket begränsad omfattning. Svårigheter att uttrycka upplevelser av så abstrakt karaktär beror på ålder och utvecklingsnivå. Det är också svårt för barnen att skaffa sig en egen uppfattning, skild från föräldrarnas. Då regelbundna långtidskontakter med barn är sällsynta i materialet, är det sannolikt få av barnen som verkligen har etablerat djupa, personliga kontakter med terapeuterna.

Indirekt belysning av barnens upplevelser går dock att få i några fall. Det beskrivs hur svårt det har varit för föräldrarna att få barnen att följa med till PBU. En del föräldrar har haft oerhört svårt att förklara för barnen vart man skall gå

och varför man skall gå dit. Ibland har barnen givits rent osann information.

Churven (1978) har konstaterat att barn sällan får information, och att den information de ges ofta är diffus och ofullständig. Vid intervjuer förklarade föräldrarna orsaken till den bristande informationen. Vanligaste orsak var att föräldrarna var rädda för att barnen skulle skämma ut dem genom att berätta för grannarna om besöken.

Svårigheten att prata med barnen om varför man skall söka hjälp hänger sannolikt också samman med att barnen lider mindre av sina symptom än vad vuxna vanligen gör. Barnens symptom är jagsyntona så länge de kan uttryckas fritt. "De inskränkningar och störningar i den normala tillvaron de medför är - i motsats till hos vuxna - snarare besvärliga för familjen än för patienten själv" (Freud 1967, s. 99). När föräldrarna blandar sig i, är det deras ingripande och inte själva symptomet som barnet skyller svårigheterna på.

Ett annat sätt att uttrycka saken är, enligt Shepherd, Oppenheim och Mitchell (1966), att någon annan än barnet fastslår barnets behov av hjälp. Denna har också problem - med barnet.

Även om man söker barnpsykiatrisk hjälp, "vet" sannolikt också både föräldrar och barn att problemen berör båda, och kanske har långt mer fäste hos föräldrarna än hos barnet. Att då följa med till PBU kan för barnet, särskilt i vissa åldrar, vara liktydigt med en kraftig kapitulation. Denna bakgrund kan antas föreligga i ett par familjer med vägrande barn.

Föräldrarna förmedlar sannolikt även egen oro inför besöken till barnen. Det kan inte ha varit odramatiskt för den mamma som sade så här om sin tioårings tveksamhet:

> "Pojken var svårflirtad, jag tror inte han var ensam vid något sådant förhör." (Du säger förhör?) "Kallade jag det förhör? Samtal skall man kanske säga istället."

I några av intervjuerna har föräldrarna sagt att det har varit påfrestande på grund av att barnen varit väldigt bråkiga vid besöken på mottagningarna. I ännu högre grad tycks detta ha gällt vid hembesöken. Frågan är väl om barnen ibland har haft föräldrarnas tysta sanktion för sitt beteende. Kanske har detta "hjälpt" föräldrarna att avvärja sin egen ångest i samtalen. Några gånger har terapeuterna kommenterat att barnen har varit oroliga vid samtalen och att barnens oro har varit svår att hantera parallellt med samtalet med föräldrarna. En terapeutröst:

> "Jo, flickan var så självcentrerad, eller ville vara medelpunkten. Vi tyckte nästan, att 'nu får du väl lägga av här' för vi kom ingen vart för att hon skulle 'bara spela teater lite'."

Att möta föräldrar och ungdomar tillsammans

Under brister i kontaktuppbyggnad återfinns exempel på svårigheter för terapeuterna att bygga upp kontakt med tonåringar och föräldrar samtidigt. Terapeuterna dras in i familjens kris innan kontaktuppbyggnaden är tillräckligt god för att hålla för prövningar. Ett kritiskt läge uppstår. Risken att tonåringen uppfattar terapeuten som föräldrarnas förlängda arm är mycket stor. Det är svårt att bygga upp kontakt med båda samtidigt. Den som oftast bryter kontakten är tonåringen. En tonårsflicka sade:

> "Jag upplevde det negativt bara för jag tyckte att dom därinne satt och pratade om mig. Mamma upplevde likadant då. Mamma satt och pratade om mig. Jag ville vara med för att kunna försvara mig om det nu var negativa saker."

Familjesamtal gjorde inte automatiskt situationen lättare. En terapeut suckade över en familjs anmälde son: "Han /pojken/ saboterade familjeträffarna rätt mycket." Sonen å sin sida tyckte inte att PBU-kontakten var bra. Han tyckte att terapeuterna lade sig i sådant som de inte hade med att göra. Modern var mycket positiv, tyckte att hon hade fått en sällsynt fin kontakt med terapeuterna, och summerade: "...jag upplevde det som att vi blev en familj allihopa, som förstod varandra... det var väl jag som förändrades, därför att jag ville ju så hemskt gärna göra det..." Dottern i familjen var mer neutral: "De var väldigt mjuka och fina, men inte riktigt på barns plan."

Individuella ungdomskontakter, initialt

Ett fåtal ungdomar som har sökt hjälp själva har intervjuats. Dessa hade haft svårt att förstå sig själva, vilket oroat dem. En tonårsflicka berättar:

> "Jag tyckte det var skitsvårt alltså, när dom frågade vad jag hade för problem. För det första var det ju svårt att erkänna för mig själv att jag behövde hjälp va, och så kunde jag ju inte...jag visste ju bara hur det kändes.
>
> Jag tror det hade varit bättre om dom inte hade frågat nånting, bara att jag hade fått komma... För då var jag så jättekänslig för att ingen skulle förstå mig, allra helst som jag inte förstod mig själv...Jag måste ha ett problem, som verkligen är ett problem som man kan ta på. Det här främlingskapet...
>
> Jag var rädd för att hon /terapeuten/ skulle tro att jag försökte skapa problem som inte fanns, för det var ju vad jag själv undrade alltså. Nu tror jag att hon såg mycket allvarligare på det än vad jag trodde då."

Familjen frågar indirekt

Journalerna återger främst verbalt material. Ofta utspelas viktiga inslag i psykoterapi på icke-verbal nivå eller i indirekt kommunikation. Detta kan knappast belysas via journalerna. En viss inblick i skeenden bakom orden kan dock ges via beskrivningar av indirekta frågor.

I familjernas tidiga kontakter med terapeuterna kan man ana olika förtäckta frågor under ytan i samtalen. Familjerna vågar inte uttala dem direkt, eller är kanske inte fullt medvetna om dem, men tycks trots detta försöka tvinga in terapeuten i någon form av besvarande eller ställningstagande. Innan frågan har uppfattats, och den dynamiska betydelsen står klar för terapeuten, är det svårt att hitta ett lämpligt förhållningssätt. Några av frågorna lyder: Tycker du jag duger som förälder? (Alternativt: Är jag skyldig?) Finns det någon hjälp eller något hopp? Är det här något att ta på allvar? Tror du på dig själv och ditt jobb?

Tycker du att jag duger som förälder?

En mamma talade i första samtalet med terapeuterna om att skicka sin orolige sexåring till morföräldrarna i Småland. Kanske borde han hellre bo hos dem ett tag. Samtalet rörde sig mycket kring om pojken skulle åka eller ej. I nästa samtal sade terapeuterna så småningom att det kanske kunde vara bra för honom. Därefter blev det inte fler samtal, modern kom inte. Bakom den långa diskussionen om pojken skulle ha det bättre hos morföräldrarna kan man ana en fråga till terapeuterna: Är jag tillräckligt bra egentligen som mamma? Det skulle dock även kunna finnas en annan fråga under ytan: Har jag rätt till ett eget liv, utanför mammarollen?

Ett visst stöd för den första frågan ges i uppföljningsintervjun, där mamman fortfarande funderar över om det var bra att pojken reste eller ej, och hon noterar med lättnad att pojken hade saknat henne. Hon tycks också ha förväntat sig någon form av rannsakning från terapeuternas sida, ty hon sade att hon var litet rädd för vad hon skulle säga eller inte i samtalet: "Ja, det var detta att dom /terapeuterna/ kanske skulle vända sig emot mig, att det var mitt fel och ..jaa..ta pojken ifrån mig." Varför det? "Ja, om dom ansåg att det var mitt fel."

Oro för att vara fördömd fanns nog också med för fadern som sade så här vid uppföljningen: "De /terapeuterna/ var nog ganska klara över var felet låg nånstans, tror jag. Men de sa inget. De hade nog sin mening klar om oss."

Hopp

En mamma talar ingående om sin pojkes negativism. Terapeuten frågar efter en stund om mamman tror att hon kan hjälpa henne

med det här negativa hos pojken. Mamman bekräftar att hon har frågat sig om terapeuten kan hjälpa henne.

En tonårspojke, som kommer från en familj som har haft det besvärligt, har med stor ambivalens infunnit sig. Han säger att han har svårt att hitta sig själv, säger litet tveksamt: "Jag har inte börjat skolka än."

Vid uppföljningsintervjun utspann sig följande dialog i en familj som haft en mycket kort kontakt: Fadern: "Det blev ganska snopet." Modern: "Men man saknade det inte heller, för jag trodde inte att det skulle kunna gå att få någon hjälp."

Ungefär en tredjedel av familjerna har bedömts sakna hopp i början av behandlingen (med reservation för att det istället kan ha varit terapeuten eller utvärderarna som tolkat in denna brist). De familjer som har ett hopp om förändring i intrapsykiskt eller interpersonellt avseende kan sannolikt med större tillförsikt påbörja ett förändringsarbete och underkasta sig ett visst obehag i samband med detta.

I vilken grad man kan ge hopp beror också på resurserna. När arbetsbelastningen har varit stor och nästa samtal har lagts långt fram i tiden, har nog både familj och terapeut känt hopplöshet.

Menninger (1959, s. 482) kallar hoppet för "a basic but elusive ingredient in our daily work". Det gäller att kunna ge rätt mängd hopp. Att ge för mycket hopp är övermod och leder till olycka. För litet hopp inger misströstan och leder till förtvining. Även Malan (1976) betonar hoppets betydelse och terapeutens tillförsikt inför behandlingen.

Är det här något att ta på allvar?

Säkerligen vill familjen att deras problem skall tas på allvar. Samtidigt är man kanske rädd för att det skall göras för stort. Problemen inger oro, och man vill ha hjälp. Men det känns svårt att söka hjälp, och därför skulle det vara skönt om någon sade att man inte behövde ta det så allvarligt. Några intervjucitat:

> "Jag vet inte. Jag ville att dom skulle se det som allvarligt, för det var det ju i allra högsta grad för oss då. Jag ville att de skulle se det som allvarligt, men jag tror inte att de gjorde det."

> "Nej, jag tror att dom uppfattade det nog inte som att det egentligen var några problem där."

> "Dom var ju inte intresserade av att få fler patienter. Det tror jag de hade tillräckligt. /Du menar att ni antingen då skulle fått en tid eller att de skulle ha ringt upp er?/ Ja, det tycker jag."

> "Men troligen hade inte PBU haft tid med oss. När det inte var något särskilt, hade vi antagligen inte fått tid."

Kanske har dessa terapeuter intagit en relativt passiv hållning - vilken i så fall har omtolkats till ointresse av föräldrarna.

Frågan visas även i handling. Det bestäms om föräldrasamtal medan barnet är under lekobservation. Båda föräldrarna skall delta. Trots detta löser de av varandra varannan gång, och tycks för sig själva bagatellisera samtalen till att någon pratar med dem medan de väntar på att barnet skall bli utrett.

Även en del förslag om snabba åtgärder innehåller önskningar om att terapeuten skall bagatellisera problemet. Bara pojken får byta klass kommer nog allt att ordna sig, eller hur? Detta motsägs ju dock av att familjen faktiskt har sökt sig till PBU. Den kunde ju annars ha börjat med att försöka övertala rektorn.

Tror du på dig själv och ditt jobb?

Två familjer har mycket uppfordrande frågat: "Kan det verkligen löna sig att sitta här och prata?" Terapeuternas upplevelse av och reaktioner på frågan hänger förstås nära samman med den egna övertygelsen av om det kan löna sig eller ej.

På liknande sätt spelar terapeutens säkerhet in när det gäller att uppfatta förutfattade meningar och överföringar från familjerna mot terapeuten. I intervjuerna har familjerna ibland uttryckt funderingar kring terapeutens ålder, kön, eventuella erfarenhet av egna barn m.m. Dessa tankar tycks ha funnits med från första mötet. Det är oklart hur mycket terapeuten har uppfattat av dem. Några exempel skall ges från intervjuerna:

En frånskild kvinna hade svårt att uttrycka sina problem kring skilsmässan till den manlige terapeuten. Hon och hennes f. d. man hade inte förstått varandra. Hur skulle en manlig terapeut kunna förstå hennes synpunkter? En flerbarnsmamma som alltid trodde att andra såg på hennes förmåga som mamma med misstro vågade inte lita på att terapeuten förstod. Terapeuten var ju så ung och kunde ju inte ha egna barn. I själva verket överensstämde såväl ålder som barnantal mycket väl mellan mamman och terapeuten.

Några familjer uttryckte i intervjuerna svårigheter att komma med krav eller önskemål eller att uttrycka kritik mot terapeuterna. De kände det som att de fick rätta sig efter institutionen, inte fick ställa egna krav om hur man ville ha behandlingen, utan bara vara tacksamma. Attityder av undergivenhet är ganska vanliga. De bidrar knappast till aktivt behandlingssamarbete. Ibland kan det röra sig om mycket låsta hållningar av denna typ hos föräldrarna. Även när terapeuterna har märkt detta, kan det vara svårt att göra något åt problemet. Några terapeutröster:

> "Föräldrarna /till Anders/ skulle inte våga säga emot mig. De hade säkert inget vågat säga, om de tyckt annorlunda."

> "Mamman var så auktoritetstrogen på något sätt, hon sa, att om vi tyckte vissa saker var bra, så var de nog det. Samtidigt fick man en känsla av att 'hon tycker det är bra, men...'"

Flera terapeuter har i intervjuerna uttryckt förvåning över att familjerna i så liten utsträckning direkt frågar efter terapeuternas utbildning, erfarenhet och kompetens. Kanske känns dessa frågor tabubelagda. Istället tycks familjerna "fråga" på andra sätt, genom att pröva terapeuterna. Frågan blir då snarast fördjupad: "Tror du verkligen att du kan förstå mig? Jag begriper mig inte på mig själv - hur skulle då du kunna förstå mig?" De tidigare citerade tonåringarna får utgöra exempel. Ett positivt "svar" på en sådan fråga leder till snabb fördjupning av kontakten.

Även Shapiro & Budman (1973) har kommit fram till att patienterna sällan uttrycker öppen kritik av terapeuterna - ens vid forskning.

De egna upplevelserna kan användas på ett mycket konstruktivt sätt, både vid diagnostisering och behandlingsinterventioner - om terapeuten kan bli medveten om dem snabbt.

Samtalsreferaten i en journal föreföll oklara och svårförståeliga. Vid avlyssningen av intervjun med denna familj utbröt förvirring bland utvärderarna. Informationen som kom var motstridig. Faktauppgifter stämde plötsligt inte. Sannolikt var det en mamma som svängde kraftigt mellan olika funktionsnivåer. Den första reaktionen på detta bestod i egen förvirring. Om man hade vågat "lita på sin upplevelse av förvirring", hade denna kunnat användas diagnostiskt; utgjort en genväg till förståelse av mammans sätt att fungera.

Frivillighet eller tvång?

Frivilligt?

Att två tredjedelar av familjerna sökte sig till PBU på eget initiativ, enligt markeringen på statistikkorten, ger en alltför positiv bild. Terapeuten har bara haft möjlighet att markera en initiativtagare. Kanske har terapeuten då valt det gynnsammaste alternativet. Huvudparten av befintliga behandlingsmetoder bygger på frivillighet i hjälpsökandet - och familjen ringde i alla fall själv.

På grund av svagheten i ovanstående markeringar infördes istället markering på hjälpintresse. Vem uttryckte starkast hjälpintresse; var det någon i familjen eller utanför - som då som regel inte heller fanns i terapirummet?

I de fall där hjälpintresset inte låg enbart hos familjen gick det att urskilja två olika förhållanden. Ibland var problemen ändå begränsade till familjen. I andra fall fanns det noterat i journalen att barnens svårigheter ställde till problem i sekundärgrupper och/eller hotade yrkessituationen för den som remitterat. Det rörde sig som regel om förskole- och skolpersonal; i något fall om socialsekreterare i överväldigande svåra arbetssituationer.

Påtryckning bakom hjälpsökandet

I vissa fall hade familjerna utsatts för starka påtryckningar att söka hjälp, därför att t. ex. skolsituationen annars blev ohållbar eller omhändertagande för samhällsvård övervägdes. I dessa situationer uppstod det sällan behandlingsprocess. Här skall ges exempel på upplevelse av påtryckning:

> En maktstrid blossade upp mellan mamman och läraren när denna uppmanade mamman att gå till PBU: "Jag ville ha någon som nästan observerade honom då. Som slog fast: Är det verkligen något fel på honom eller inte. En slags diagnos, eftersom det var fröken och jag som nästan stod emot varandra och så barnet emellan."
>
> En annan mamma har en sexåring på daghem: "Och dom hade sagt till mig på daghemmet att jag skulle ta kontakt med PBU. Jag tror det blev en för svår omställning för honom. Han var inte van vid mycket folk. Och så måste jag säga, att daghemmet, det var inte bra... Det var väldigt olika personal. De bytte i ett, så det berodde väl på det också att ungarna blev oroliga. För det hörde jag flera föräldrar som sade, att de skötte det väldigt dåligt med barnen, att ungarna blev griniga."

Den här daghemsmiljön låter verkligen inte bra för barn! Ändå har mamman infunnit sig på PBU-mottagningen. Om hon endast ansåg att det var problem med daghemmet och dess personal hade det varit naturligare att söka upp ansvarig barnomsorgsassistent. Det här samtalet, liksom många liknande, började med mycket tal om daghemmet. När mamman kände sig säkrare, beskrev hon dock problemen i långt mer personliga termer; det rörde sig om osäkerhet om hon dög som mamma eller ej, och om hon hade rätt till att även tänka på sig själv ibland - ett behov som fick henne att känna sig som dålig mor.

I dessa situationer förefaller det ibland vara komplicerat att avgöra vems hjälpbehov som är störst - föräldrarnas eller samfostrarnas. Ibland bör sannolikt arbetet börja med någon form av konsultinsats i skolan eller på daghemmet (Carlberg, Guvå & Teurnell 1981).

Woods (1972) anser att skolan, andra institutioner eller anförvanter visar föräldrar öppet eller förtäckt att de är dåliga föräldrar. De anklagar sig själva, känner skuld, känner sig degraderade, ringaktade och nedtryckta på grund av barnets problem och att gå till kliniken blir då ett bevis på deras misslyckande. För att knyta an dessa föräldrar till en behandling måste man då först förbereda dem. Woods har prövat en gruppmodell, där föräldrarna bl. a. fått hjälp att se sin ambivalens, fått känna att den har varit tillåten och möjlig att bearbeta.

Subtilare former av påtryckning

Barn med handikapp eller utvecklingsstörningar remitteras till PBU för utvecklingsbedömning. I utvärderingsfallen var det of-

tast någon i familjens omgivning som var mer intresserad av att detta skedde än föräldrarna själva. De hade ofta blivit övertalade att gå till PBU, med litet oklara motiveringar, vilket försvårade kontaktuppbyggnaden. Det står mycket klart att dessa föräldrar behöver hjälp, men frågan är om det finns bättre sätt att etablera kontakten på.

Det finns ytterligare en specialform av påtryckning (ej inkluderad ovan). Familjen remitteras på oklara premisser. Den som har remitterat har angivit ett svepskäl till PBU-kontakten för familjen, men hoppas på att kontakten skall leda till en omfattande behandling. Familjen kommer t. ex. till PBU för att få ett intyg eller en bedömning av om barnet passar i en liten barngrupp. Det visar sig vara näst intill omöjligt att "behandla" dessa familjer för mer än det de har remitterats för. Man kan ju likna detta vid försök till genvägar i motivationsarbetet. De förefaller dock inte vara framkomliga.

Byte av behandlare

Många behandlare

Familjen möter ofta flera terapeuter, med delvis olika funktioner, vid PBU. Ofta är det olika personer vid utredning och behandling. Rena terapeutbyten inom PBU är inte så vanliga.

En tredjedel av familjerna har tidigare varit i kontakt med andra utredare eller behandlare angående problemen. För minst 8% förekommer PBU-behandling och annan psykiatrisk eller psykosomatisk behandling samtidigt.

För ett par av dessa familjer har själva hänvändelsen till PBU, vid just denna tidpunkt, kunnat ses som utagerande från den pågående behandlingen - något som inte är unikt.

Det är dock inte bara familjen som visat iver att söka sig bort. Den förste behandlaren har ofta understött PBU-kontakten - kanske på grund av en egen känsla av att ha svårt att komma vidare med familjen. Dessa remitteringar präglas mer av hjälplöshet hos den som remitterar än av tilltro till att PBU verkligen skulle kunna göra en god insats för den här speciella familjen - just nu.

Delvis rör det sig om samma fenomen som Skodol et al (1979) beskriver. De fann, att en tredjedel av alla besökare på en krispoliklinik hade mött någon terapeut inom sex veckor före krisbesöket. Det hade ofta inträffat antingen uppehåll i behandlingen eller något som tekniskt sett föreföll diskutabelt i den tidigare behandlingen; terapeuten hade varit ledig eller sjuk, tiderna hade ändrats, terapeuten hade kommit för sent eller hade tagit kontakt med personer utanför den terapeutiska dyaden, t. ex. familjemedlemmar. Endast i 16% av fallen saknades det någon kritisk händelse. Patienterna vägrade inte att ta kontakt med sina tidigare terapeuter. Även terapeuterna kunde i interv-

juer beskriva stark ambivalens inför dessa patienter. Författarna varnar för att man kan skapa problem om man utan vidare tar för gott att patienten är missnöjd med sin terapeut, och tar över patienten.

Ibland har gemensam behandling genomförts, t. ex. mellan socialsekreterare och PBU-terapeuter. Olikheter i yrkesroll och ansvarsområde har här varit svåra att urskilja. Det framgår inte av dessa journaler om/vad familjen vinner på detta; om de olika behandlarna kompletterar varandra i relationen till familjen, eller huvudsakligen utgör ett stöd för varandra - vilket familjen kan uppfatta som riktat mot denna.

Att hålla isär olika behandlare

Flera familjer uttryckte i intervjuerna hur svårt det var att hålla isär olika behandlare. Ibland kände de även sin integritet hotad. Några intervjuröster:

> "PBU - var det det där med ögona?" sade en elvaåring med omfattande psykiska, fysiska och sociala behov.
>
> En mamma hade, trots skriftlig och muntlig information, uppfattat det som att utvärderingsintervjuaren var en socialassistent som familjen tidigare hade haft kontakt med. Hon förklarade: "Jag har inte kunnat skilja det här med PBU från socialnämnden. Mamma /barnens mormor/ kunde inte heller se skillnaden, inte förrän idag när hon /intervjuaren/ ringde mig."
>
> En familj vägrade att låta sig intervjuas. I telefonsamtalet med intervjuaren framkom besvikelse och misstro mot "alla myndigheter". Inga övertalningsförsök kunde rubba den inställningen.
>
> En annan familj, välanpassad och välutbildad, tyckte att integriteten hotades i samband med att man sökte hjälp: "Det verkar ju tveksamt om daghemmet trodde på att jag hade ringt. Jag fick intrycket att man inte kunde ringa själv. Sen hade personalen på daghemmet sagt till sköterskan på barnavårdscentralen att ringa också. (Ringde hon också?) Ja, sköterskan ringde också. (För er räkning?) Ja, jag ringde och pratade med henne sen och frågade vad de hade sagt till henne."

Familjerna möter många behandlare. Ovanstående citat belyser att det är svårt för familjerna att hålla isär dessa och att orka knyta an till nya personer. Blanck och Blanck (1976) och Ekstein och Wallerstein (1977) påpekar svårigheterna med att få till stånd intrapsykisk och/eller interpersonell bearbetning när många personer är aktivt inblandade.

Framväxt av empatiupplevelse

Som framgått av intervjucitaten i början av detta kapitel är situationen nästan alltid ny och känsloladdad för familjen. För terapeuten är den välbekant. Det gäller att bevara lyhördheten för hur familjen upplever mötet.

Ibland går det snabbt

I vissa fall går kontaktuppbyggnaden mycket snabbt. Här följer exempel där terapeut och familj har funnit bra kontaktvägar från början:

> "...och så det här att dom försökte anstränga sig att ordna en vettig tid, att dom frågade om vi ville komma då och då, om det gick bra. Att man själv också fick avgöra lite grann där."

> "Ja det gick väldigt bra att prata med henne, ungefär som när jag sitter med dig och pratar... Undrar vad hon skall säga, om jag säger det, eller om jag säger det här också. Jag fick förtroende för henne."

> "Just det här mjuka och fina då, som dom hade... De hälsade och satte sig med oss ute i det där lilla väntrummet ett tag innan vi gick in. De satt och pratade mest lite grann, nåt så där helt allmänt."

> "Man kände sig så där... varm... men jag tror, att hade man inte fått bra kontakt från början, så skulle jag säkert istället ha tänkt: 'nej, gud, dom kan inte hjälpa mig. Så det är jätteviktigt just det här första mötet, det första intrycket som man får."

Terapeuternas beteende är sannolikt mycket betydelsefullt. Många forskare (Yalom 1966, Lerner 1972, Shapiro 1974) slår fast att patienternas upplevelse av terapeuten i det första mötet är avgörande när det gäller att engagera sig i eller avstå från en behandling.

Samtidigt kan det vara svårt för tidigt kontaktstörda människor att möta empati och värme. Det uppstår en inkongruens mellan terapeutens engagemang och respekt för patienten och dennes låga självkänsla (Jacobs & Warner 1981 s. 81). Författarna citerar Groucho Marx för att illustrera situationen: "I wouldn't join any club which wanted me for a member."

Heinicke (1976) har funnit två skäl till att familjer som behövde hjälp hade svårt att ta emot den. Motståndet berodde på att mödrarna hade det så svårt med vuxenkontakter ö. h. t., vilket även gällde relationen till socialarbetaren. Det andra skälet var en föreställning att om man ö. h. t. vågade titta på vissa problem, skulle förmågan att hantera problemen försvagas ytterligare.

Bristande kontaktuppbyggnad?

Den största gruppen med brister i behandlingen återfinns bland dem som har gjort få besök och där terapeuterna inte har kommit åt att bearbeta intrapsykisk och/eller interpersonell problematik. Denna grupp utgör 20% av urvalet (dock ej av populationen). Man har här inte lyckats överbrygga svårigheterna i kontaktuppbyggnaden. Även för en del familjer som har gjort mer än fem besök syns i hälften av fallen med intrapsykisk och/eller interpersonell problematik brister som kommer från kontaktuppbyggnadens tidigaste faser. Familjen har aldrig riktigt "släppt in" terapeuten.

> "Man hade ju tänkt träffa dom flera gånger kanske och då kunde dom tagit det lite lugnare vid första tillfället... Jag tycker att det var lite hårdhänt... Antagligen hade dom en mall för lämpliga frågor vid första samtalet."

> "Där stod vi alla mol tysta och det var liksom ingen som ville ta det där första steget. Ja, man kände den där stämningen redan i hissen. Var och en stod inom sitt, va. Det var ingen som ville öppna sig. Det var lite stelt..."

> "Det är så jobbigt att komma och presentera sig och tala om vad man heter och sen bara sätta sig ner och prata direkt då, om varför man kommer hit... Men dom kanske kunde börja lite mjukare, man måste ha tid på sig för att kunna prata. Jag upplevde dom som bra, med det var jobbigt att de gick ut så hårt."

Detta kan jämföras med Hellquist (1980) som intervjuade familjer som hade avbrutit kontakten med en PBU-mottagning efter det första besöket. Hon kom fram till att alla de missnöjda hade känt dålig kontakt med terapeuterna.

I några fall har själva samtalssituationen blivit för lik problemsituationen hemma. Så blev det t.ex. för tonårspojken som saknade sin far och revolterade mot mamma och storasyster, när han på PBU förutom dem han kämpade med hemma även mötte två kvinnliga terapeuter. Blanck och Blanck (1974) belyser ytterligare riskerna med att det terapeutiska klimatet liknar det patogena.

Varför har man då inte lyckats nå dynamiken i problemen? I ungefär hälften av fallen tycks kontakten antingen ha varit diffus, strukturlös och utan fokus, eller också har det inte i journalen märkts någon skillnad mellan familjens syn på problemen och terapeutens. Båda situationerna har inneburit en bristande diagnostisering. Sannolikt har familjen i sin oro inte presenterat hela problemet, eller framfört det på ett mycket diffust och trevande sätt. Så här beskrev en mamma situationen:

> "Först när jag kom dit var jag väldigt aktsam och funderade väldigt på vad jag skulle säga och inte säga. Jag sållade lite grann då, för man har ju hört när det gäller psykiska problem... man blir registrerad och såna där grejer va. Man är väldigt rädd för sådana saker."

Bland de korta kontakter som inte varit framgångsrika har det också varit vanligt att terapeuterna alltför snabbt har formulerat om problemen på ett sätt som blivit för hotande för familjen, eller snabbt föreslagit åtgärder som bygger på avancerade problemformuleringar.

Om åtgärder föreslås innan familjen har lagt fram problemet i sin helhet, är risken stor att man håller tillbaka det som inte blev sagt i början. Och när åtgärdsförslag kommer innan man enats om grunden för åtgärden, d.v.s. hur barnets svårigheter ser ut och hur de kan ha uppstått, accepterar inte familjen behandlingsförslagen utan drar sig ur. Det som har bidragit till terapeuternas snabbhet har oftast varit att man vill starta en viss typ av grupp eller behöver ett utbildningsfall; alternativt har hört att det finns en plats ledig...

Reaktioner inför arbetssätt

PBU:s arbetssätt är svårt att beskriva. Så här har några tonåringar uppfattat informationen:

> "Jag frågade varför dom frågade efter mitt problem. Det skulle tas upp på sammanträde, för dom skulle bestämma vem som skulle ta hand om mig."

> "Jo, mamma och jag gick dit och skulle prata. Först gick mamma in och pratade. Så gick hon ut, och så fick jag komma in och prata, och så hade dom sammanträde då om vad vi hade pratat om."

Att möta två terapeuter har varit förvirrande för en del familjer. Terapeuterna har säkert motiverat varför de varit två, men sannolikt då också kommit med en problemformulering som har varit för hotande för familjen för tillfället. Att förklara meningen med co-terapi utan att samtidigt tala om problem i familjerelationer är svårt.

> "De avlöste varann, och jag vet, när vi satt där och pratade så var dom minst två va, när vi pratade med dom."

> "Jag kommer så väl ihåg, för den ena hon var mjuk och rar och den andra var lite stelare liksom. Det var alltså två helt olika människor. Jag uppfattade det så, att dom två kan liksom inte arbeta ihop... Men det är ju klart, dom kan ju samarbeta för det."

> "Men att det var två, det visste jag inte. Jag trodde det var en som skulle sitta och prata med oss... Jag tror det skulle ha varit bättre med endast en människa som man fick prata med då."

Ytterligare en familj undrade över om den ena terapeuten, som var lite tyst, kanske skulle registrera vad som sades.

Upplevelser hos terapeuterna

Terapeuterna är utbildade i att uppfatta problem. Familjen gör ofta stora ansträngningar att dölja sina svårigheter. Familjens egen problemformulering är mycket avgränsad. Man ber om litet, litet hjälp. Detta leder lätt till frustration hos terapeuterna.

> "Vi hade så olika ambitionsnivåer. Familjen hade sina frågeställningar. Jag hade mina teorier och en annan ambition innerst inne. Vi kanske skulle ha klargjort målsättningen mera vid de första samtalen. Annars tror jag vi talar förbi varandra. Man kan bli väldigt frustrerad då. Och familjen borde vara med i förändringen av målsättningen."

> "Jag tycker det är svårt, när människor kommer och vill ha en helt annan hjälp än vad jag kan ge. När jag då ibland känner mig irriterad på dem, hindras jag själv från att hjälpa dem att se vad de egentligen behöver."

Lekdiagnostik

En oroande undersökning?

Det är mycket anmärkningsvärt att det enligt den multipla regressionsanalysen mindre ofta förekommer behandlingsprocess och att effektkriterier är uppfyllda i mindre utsträckning när lekobservation har företagits.

Är det vissa speciellt allvarliga och svårbedömda fall som får genomgå lekobservation? Eller kan lekobservationen i sig ha en störande inverkan på behandlingsframgången?

Lekdiagnostik används bl. a. i sådana situationer där det är extremt svårt att få till stånd en behandling, t. ex. vårdnadsmål, omhändertaganden för samhällsvård. Dock har kategorin "av myndighet beställd utredning med utlåtande" uteslutits ur detta urval. Även om påtryckning bakom hjälpsökandet ej har något signifikant samband med beslut om lekobservation, finns det vissa belägg för att det oftare görs lekobservation på de barn vars föräldrar är mer tveksamma än andra att söka hjälp. Sannolikt ger dessa föräldrar också terapeuterna mindre verbalt material att arbeta med.

Kan då lekobservation i sig ha en störande inverkan på kontaktuppbyggnaden med föräldrarna?

Frågan skall undersökas närmare genom en analys av journalmaterial och intervjudata kring lekobservationens genomförande.

Lekobservationerna i journalmaterialet

Enligt journalanteckningarna visar sig föräldrarna ofta positiva till förslag om lekobservation. En del föräldrar ber om att en lekobservation skall genomföras. Sedan uppstår dock ofta problem.

> För ett föräldrapar uppstod en låst situation i första samtalet, där föräldrarna troligen överrumplades av sin irritation mot varandra. I denna situation frågade de om det inte vore bättre att utreda barnet än att sitta här och prata. Det beslutas om utredning och om föräldrasamtal med båda föräldrarna. Till dessa samtal kom alltid endast en av makarna och man skiftade person. Möjligheterna till kontaktuppbyggnad blev minimala. När resultatet skulle återföras, hade terapeuterna haft begränsade möjligheter att förbereda familjen på en problemformulering som mer tog sikte på problem i relationer i familjen än på problem hos barnet. Man var tillbaka vid samma punkt där förslaget om lekobservation uppkom.

Det finns exempel på att barnen får konstiga förklaringar, observationsserien avbryts, föräldrarna fullföljer inte sin del av samarbetet under utredningen, väntar passivt på resultatet, uteblir när det är dags för återföring, avböjer återföring eller saboterar denna genom att ihärdigt prata om något annat, tackar nej till behandlingsförslag.

Kontakten med föräldrarna under utredningstiden är avgörande för hur resultatet skall kunna tas emot och användas konstruktivt. Den kontakt man får till stånd under denna tid kan man bygga på vid återförandet. Det som inte uppnåtts i kontaktavseende före återföringen, tycks vara ytterligt svårt att reparera senare. I 22 av de 34 fallen med lekobservation syns det i journalen att parallell föräldrakontakt har förekommit, i sju fall har det inte förekommit och i fem fall framgår inte uppgiften.

När det gäller återföringen framgår det i journalen att sådan förekom i 16 av fallen, i fem fall blev det ingen återföring och i 13 fall framgår uppgiften inte. I en tredjedel av de fall som kan bedömas har återföring skett på ganska bryska sätt. Föräldrarna har ställts inför ett för dem mycket ångestväckande stoff, som av allt att döma skapat förvirring och aktiverat försvar. Vid några tillfällen har det blivit en intellektualiserad diskussion om barnets svårigheter, där föräldrarnas känslor inför barnet och problemen har varit långt borta.

I de fall där återföring inte förekom, har oftast föräldrarna uteblivit från det möte där resultatet av utredningen skulle diskuteras.

När det gäller den fortsatta kontakten med familjen, blev det för knappt hälften, 15 familjer, mer än fyra ytterligare besök, för sju familjer ett till fyra ytterligare besök, för 10 familjer inget mer besök; för två familjer saknas uppgift.

Hos terapeuterna anar man ibland dolda motiv till utredning, t. ex. försök att hålla kvar kontakten med familjer som är på väg att avbryta denna. Kanske är detta tydligast för ett par familjer som remitterats på oklara premisser. De har kommit till PBU med en bestämd frågeställning eller önskan (intyg, placering i speciell barngrupp). Istället diagnostiseras barnet och/eller även familjen grundligt när terapeuterna handlar utifrån vad den som remitterat familjen hade tänkt sig, utan att man tillsammans med familjen har hunnit omformulera problemet. Detta blir hotande för familjen.

Lekobservationerna i belysning av intervjudata

Även uppgifterna från intervjuerna sammanfaller med ovanstående. Irrationellt beteende och "missförstånd" beskrivs kring lekobservationernas genomförande. Föräldrarna har svårt att ta till sig information kring sambandet mellan föräldrasamtalen och utredningarna på barnen.

> En mamma försökte helt hålla isär barnets miljö och dess problem. Hon uttryckte saken så här: "Det jag inte tyckte var bra, det var talet om våra hemförhållanden, det blev lite långrandigt och tjatigt. Det var ju varken uruselt eller jättebra, det flöt rätt bra hemma. Det kunde man ha minskat ner på, det var ju inte för det vi kom heller. Det var ju egentligen överflödigt att vi var där medan hon /terapeuten/ testade honom."

Det finns flera exempel från intervjuerna på att föräldrar inte uppfattat, eller inte velat uppfatta, syftet med föräldrasamtalen parallellt med utredningen på barnet. Riktigt olyckligt är det med föräldrar som blir passiva, som "väntar på svaret från utredningen" istället för att direkt aktivt engageras i arbetet kring barnets problem utifrån sitt föräldraansvar. Situationen inbjuder ju faktiskt till passivitet.

På sin spets ställs utredningen av barnet när det gäller barn med handikapp eller misstänkta utvecklingsstörningar. Här om någonsin riskerar terapeuterna att försättas i domarroller - helt destruktiva för psykoterapeutiskt arbete.

Så här berättar en mamma från en tidigare utredning:

> "Jag fick den uppfattningen, att den hjälp man får är att de /PBU/ kollar förståndsmässigt, och sen hamnar barnet i särskolan... Flickan skall ha en chans att gå i vanlig skola, det ska jag se först, om hon verkligen klarar av. De fick inte döma henne från början så där.
>
> Den dagen, när jag skulle in till läkaren då, det var sista gången jag skulle dit, då skulle hon ju tala om definitivt att min flicka skulle gå på den där skolan då. Då satt jag där i korridoren och väntade. Hade tagit en sån där tablett för jag kände mig så himla nervös, och jag tyckte det var så obehagligt också, för fortfarande tyckte jag, att det var precis som det rörde mig själv ungefär,

> så jag petade i mig en tablett till, och jag satt bara och gäspade där inne sen. Vad doktorn pratade om där inne har jag inte den blekaste aning om, tack vare att jag tog den där tabletten, för det vart ju så tokigt alltihop, och det tordes jag inte tala om för henne heller. Jag skämdes, för att jag inte hade mera kurage i mig än att jag var tvungen att peta i mig tabletter."

Visst hade läkaren märkt att något var på tok i samtalet. Hon skrev ner en reflexion i journalen om att mamman inte verkade reagera eller bry sig om vad hon sade till henne.

Behandlingens omfattning

Antal besök

Långa behandlingar är väsentliga vid alla kriterier utom förbättring enligt familjen. Samtidigt finns det i den kvalitativa analysen många exempel på korta, framgångsrika behandlingar. Tjugo procent av de behandlingar som är redovisade under behandlingsframgång omfattar högst fem besök.

Behandlingskontrakt

Behandlingskontraktet utgör en viktig yttre ram vid alla terapiformer. Det bygger på att det finns en behandlingsplan och denna i sin tur grundas på terapeutens förståelse av problemen eller på terapeutens hypoteser om problemen.

För 21 av de 40 behandlingsfallen finns någon form av kontrakt angivet. I övriga 19 fall saknas tecken på att kontrakt funnits. Vanligen har kontraktet gällt antal samtal eller behandlingstid; mera sällan syns spår i kontraktet av formuleringar om behandlingens innehåll eller tema.

I de fall terapeuterna själva känner sig tveksamma om vad man kan göra för familjen, blir sannolikt ofta eventuella behandlingserbjudanden vagt utformade.

> "Det var alldeles för trevande för att vi skulle kunna komma överens om något kontrakt. Det rörde sig mera om huruvida det här med att prata överhuvudtaget var något bra - om det var en väg att komma vidare på. De /familjen/ uttryckte en viss tveksamhet inför det."

> "Vi /terapeuterna/ undrade om mamman skulle känna för att komma några gånger och prata mer om sin situation."

Av språkbruket att döma tycks man ibland tveka inför att göra klara kontrakt. "Långobservation" av barn används istället för korttidsterapi. Uttrycket "fortlöpande kontakt" har samma vaga karaktär. Det antyder inget om det långvariga och svåra kontaktuppbyggnadsarbete och de komplicerade stödkontakter som begreppet avses täcka.

En tydlig yttre struktur på behandlingen är en förutsättning för en fördjupning av behandlingsprocessen. Först då har familjen givit terapeuten mandat, och innan dess kan familjen inte släppa fram de riktigt relevanta delarna av problemet. Utan denna struktur aktiveras inte heller separationerna i samband med avslutningarna så att de kan bearbetas.

Behandlingens utformning

Vilka behandlas?

Endast en tredjedel av journalerna är markerade som behandlingsfall. Denna grupp är dock klart undermarkerad. Femtionio procent av de framgångsrika fallen återfinns under andra åtgärdsmarkeringar.

Gynnsammaste prognos ur behandlingssynpunkt tycks barn med hämningssymptom eller psykosomatiska symptom ha, medan motsatsen snarast råder för barn med utåtriktade symptom (snatteri, skolk m. m.).

Vem blir behandlad? Detta skiftar mycket. Mödrarna är dock centrala personer.

Föräldrarna och behandlingen

I redovisningen av behandlingsframgång framkommer att familjerna som regel har fått avgränsad hjälp kring speciella problem. Antalet samtal har varit ganska lågt. Hälften av de familjer som har två till tre effektkriterier uppfyllda har fått mindre än 15 samtal. Sannolikt passar denna bearbetningsnivå väl för familjer som söker hjälp för sina barn. Många av insatserna ligger nära det som familjen har angivit som problem: föräldraroll, familjerelationer, händelser som utlöst kristillstånd.

Vid de omformuleringar av problemen där barnet togs ur fokus hjälpte insatsen troligen ändå barnet, även om det inte gick så bra att fortsätta bearbetningen av det som formulerades som kärnproblemet.

Terapeuterna har ibland uttryckt frustration över de begränsade möjligheter man har att genomföra bearbetning av de intrapsykiska konflikter man ser, både hos föräldrar och barn. Det gäller dock att minnas att föräldrarna inte från början har bett om hjälp för egen del. För en så omfattande bearbetning krävs en mycket stark egen motivation. Och för en bearbetning av barnens intrapsykiska konflikter krävs att en framgångsrik kontaktuppbyggnad har kunnat genomföras och bibehållas med barnens föräldrar - annars orkar dessa inte låta sina barn få gå i terapi (se kap. 2).

Familjeterapi har visat sig vara en framgångsrik behandlingsform enligt regressionsanalysen. I dessa fall förekommer ofta

behandlingsprocess och många kriterier är uppfyllda. Positiva samband finns med realistisk förväntan och frivilligt hjälpsökande.

Om man sammanställer alla data kring familjeterapierna framkommer dock en ganska komplicerad bild.

Av de 25 journaler som är registrerade som familjeterapi är det endast ca två tredjedelar som omfattar behandling av familjerelationer. I övriga journaler rör det sig vanligen om bearbetning av relationen mellan mor och ett barn och i några fall om parterapi.

Några familjer är mycket positiva. En mamma sade att "vi blev en familj allihopa, som förstod varandra". Andra hade mycket svårt att förstå varför familjerelationerna fokuserades, trots att de ändå kunde vara positiva i stort. I några journaler som började med beskrivningar av allvarliga problem hos barnen, försvann all information om barnet när väl relationen mellan makarna hade fokuserats. Kanske var barnets svårigheter över - men ingen symptomlindringsmarkering styrkte detta antagande.

Om alla fall som rörde omformulering till familjerelationer studeras (alla dessa är ej registrerade som familjeterapi) visar det sig att det även vid de fall som registrerats som framgångsrika förekom för kraftiga omformuleringar (åtta fall, fyra av dessa registrerade som utredning och/eller behandling avbruten). I redovisningen av brister i behandlingen (s. 84-88) förekommer 10 fall av för abrupta omformuleringar till fokus på familjerelationer.

Shapiro och Budman (1973) jämförde familjeterapi och individualterapi när det gällde avbrott och fullföljd behandling. De fann signifikant flera drop outs i familjeterapi. Möjligheten till motstånd är större i familjeterapi. Om en medlem vägrar, kan detta lätt få familjen att avbryta. Av dessa skäl är det också svårare att få till stånd behandlingskontrakt i familjeterapi.

Barnen och behandlingen

Barnen är ofta närvarande i föräldra- och familjesamtal och i familjeterapier, men det framgår inte mycket av deras medverkan eller upplevelser. I jämförelse med de vuxna är ju barnen språkligt handikappade i samtalssituationen. En del negativa inslag, i form av oro och bråk, beskrivs men föga av konstruktiva inslag som rör barnen.

Regressionsanalysen gav inget utslag för de fall som innefattat stöd- eller insiktsterapi för barnen och där familjen har gjort mer än fem besök. Det rör sig om mycket olika behandlingsinsatser. Det har inte gått att särskilja stödterapi från insiktsterapi utifrån journalmaterialet. Som regel förekommer flera åtgärder parallellt för familjen.

Från den kvalitativa analysen framgick att de framgångsrika behandlingar som kategoriserats som bearbetningar av internaliserade konflikter nästan uteslutande gällde tonåringar, främst flickor.

En viss belysning av tonårsterapierna erhålls i intervjuer med några kvinnliga f. d. tonårspatienter. Dessa båda flickor framförde önskningar om djupare bearbetning:

> "Jag kunde inte komma ut med att jag mådde så dåligt som jag gjorde. Jag ville väl att hon /terapeuten/ skulle visa mig att hon fattade det, utan att jag... Att hon skulle ta upp den tråden eller så... och det tycker jag inte att hon gjorde."
>
> Du sade att du ville ta upp saker?/ "Ja, det var saker som ibland bara flög förbi så här, men antingen var jag på väg att säga något, eller också pratade terapeuten, så det bara gick förbi. Sedan glömde man bort det och tänkte 'äähhh'."

Även när det gäller tonårsterapier, där ju som regel det frivilliga inslaget i hjälpsökandet är stort, kan det vara svårt med insiktsbearbetning på grund av att den i och för sig åldersadekvata frigörelseprocessen interfererar. Schedin (1977, s. 73) skriver:

> "Det är ju en central utvecklingsuppgift för den adolescenta pojken/ flickan att göra sig fri från de barnsliga beroendena. Då måste han/hon egentligen värja sig mot hela den barnsliga överföringen på psykoterapeuten och inte minst mot den positiva överföringen på psykoterapeuten."

När frigörelsen inte har nått så långt att egna tankar och känslor kan skiljas ut, kan det vara för svårt att få tillräcklig distans till överföringsfenomenen. Det förefaller som om följande tonåring fortfarande kämpar med något som sannolikt är en projektiv identifikation på terapeuterna av hennes egen inre kritik av föräldrarna (Ogden 1979, Kihlbom 1981):

> "I viss mån förstår jag pappa, han blev själv fostrad så. ... Då tyckte man nästan man kände då, att de här /terapeuterna/ satt och tänkte 'vilken djävla gubbe'... Man fick den känslan att dom tyckte så om min pappa, när jag berättade hur han slog mig... Det får jag än i dag, när jag berättar, liksom att de tyckte att min pappa... vilken djävla gubbe. Han gjorde sitt bästa... Terapeuterna anklagade ju inte helt öppet, utan man fick den känslan att mina föräldrar gjort fel... Det sa jag till både mamma och pappa. Jag accepterar inte att dom sitter och säger att det är ert fel. Jag fick den känslan alltså... Man tycker om sina föräldrar ändå. ... Ja, dom var väldigt angelägna om att hacka på föräldrarna tycker jag. Jag sa till att jag inte accepterar det."

Flickan som hade så svårt att berätta hur illa hon mådde tycktes ändå ha kunnat dra stor nytta av sin terapi:

"Vi satt och pratade om mamma, kanske något som hänt. Sen så liksom bara flödade det upp känslor, och jag blev alldeles konstig av det då... förskräckt och sen förundrad, och någonstans blev jag lite glad också. ... Tidigare fanns det liksom inte en ljusglimt. Jag var så uppslukad, så jag hade inte en chans... så kändes det som jag inte kunde andas, och liksom väggar och allting upplevdes som kolsvart, och sen när det började gå över så blev jag så skraj, kände att det var mej övermäktigt, allt, liksom. ... Det var ett tag efter, som jag kände att jag fick ett annat förhållande till mig själv... jag kunde göra själv så som jag tyckte terapeuten hade gjort med mig. Mina tankar var inte lika förvirrade liksom, som dom var innan. Ibland kunde jag se på mig själv liksom på en film ungefär och iaktta saker också, känna på dem från olika håll."

Att bli indragen i familjens problem

En av de allvarligaste teknikbristerna, speciellt i tonårsfamiljerna, var att terapeuterna så snabbt drogs in i familjeproblematiken att de förlorade den egna distansen och gick in i familjens mönster när det gällde att kämpa med problemen.

Familjemedlemmarna bär med sig och visar fram det som är problem, vare sig terapeuten är inställd på detta eller ej. En del av problemet har man ord för. Andra delar av svårigheterna visar man främst i beteendet. Terapeuten måste räkna med att familjens problem på ett mycket påtagligt sätt kan visa sig i behandlingsrummet. Om terapeuten bara kan bevara kontrollen över situationen, erhålls samtidigt ett rikt material att bearbeta.

En stor risk är att terapeuterna, utan att märka det, går in i familjens hållning gentemot viktiga personer inom familjen. En familj med en tonårsflicka var ängslig för att flickan inte skulle känna sig lugn. Samma ängslan tycktes uppstå hos terapeuten. I en annan familj reagerade terapeuterna först starkt gentemot familjens hållning mot den anmälde pojken - men gled sedan in i "samma" hållning själva; pojken var omöjlig. I ytterligare en familj betraktade fadern sin hustru som omogen och utan förmåga att ta ansvar. Även här tycktes terapeuterna överta samma bild, utan att se att så skedde och försöka förändra.

Terapeuterna har problem med att finna uttryck för konstruktiv aggressivitet gentemot familjernas beteende ibland. En mamma hade t. ex. mycket svårt för att sätta gränser för sin pojke och handlade uppenbart olämpligt. Terapeuten hade själv svårt att sätta gränser för modern när denna prövade terapeuten.

Det vanligaste problemet är kanske annars att terapeuterna kommer för nära eller tar för mycket avstånd från olika personer i familjen. Det är svårt att uppbringa lika mycket empati för alla familjemedlemmar. I och med att man starkt sympatiserar med

en person, blir det känslomässiga avståndet till övriga inblandade större.

Andra terapeuter utsattes för ett oerhört testande från hela familjens sida vid ett hembesök. Deras besvikelse efteråt kom att rikta sig huvudsakligen mot barnen, som upplevdes som bråkiga och otäcka. Terapeuterna orkade för tillfället inte ta in och förstå de upplevelser omkring bakgrunden till barnens oro som de just hade utsatts för själva.

Terapeuterna dras alltså in i familjens problem på många olika sätt, från första samtalet. Det finns ingen ofarlig, neutral observatörsroll redo för terapeuten. Att hantera den egna ångesten i förhållande till familjen kan vara svårt. En terapeut uttryckte sig så här:

> "Man blir mer medveten om var man själv har sina svårigheter, och hur mycket ångest som väcks, när man kommer in i en sån här situation. Man kanske inte vågar gå vidare, därför att det väcker så mycket rädsla hos en själv då."

En annan terapeut beskrev ett aktivt sätt att förbereda sig inför en tonårsterapi som såg ut att kunna bli komplicerad:

> "Jag såg att kontakten med henne skulle innebära en hel del testningar från hennes sida, testningar av mig och vad jag är för en, om jag går att lita på, om jag ställer upp för henne. Jag såg det som en ganska avog kontakt och var också beredd att gå in i den. Jag väntade en hel del provokationer, manipulation med tider, med att inte komma när man har bestämt, komma på andra tider, osv."

Att bearbeta eller åtgärda

Familjer ställer ofta krav på snabba åtgärder. Man vill att terapeuten skall vidta yttre mått och steg, t.ex. tala med lärare, ge råd, göra något radikalt åt barnet. Bakom önskan om snabba åtgärder kan hos både familj och terapeut ligga behov av snabb ångestdämpning.

Ofta har terapeuterna utsatts för press att vidta konkreta åtgärder under pågående behandling; att skriva intyg, ordna remisser för somatiska undersökningar, hjälpa familjen i kontakt med lärare och daghemspersonal m. m. När dessa praktiska ingripanden genomfördes, uppstod det ofta ett brott i den psykoterapeutiska processen.

> En familj bad om en EEG-remiss. Undersökningen sköts framåt i tiden av familjen, man glömde sjukhustider. Det tog ett år innan undersökningen hade genomförts, och under denna tid skedde ingen utveckling i samtalen. Man väntade, ville avvakta utgången av undersökningen.

> En tonårsflicka lyckades förmå sin terapeut att ta kontakt med far och styvmor för att göra klart för dem hur svårt hon hade det. Terapeuten föreslog att det skulle vara gemensamma samtal, men ger efter. Föräldrarna blir förvånade över det som flickan beklagade sig över. De trodde man hade rett ut det hemma. Flickan började glömma sina terapitider, och bröt snart terapin för det var så jobbigt och ingenting kunde ändå ändras i hennes situation. Kanske hade man kommit längre om terapeuten inte hade ställt upp på flickans önskan, utan man istället gemensamt undersökt vad som låg bakom den.

Mycket vanligt är att familjen försöker dra in lärare, daghemspersonal m. fl. Så här beskrev en mamma situationen:

> "Terapeuten tog liksom ner fröken och sa åt henne, att 'klarar du inte av den här killen, kommer du inte att klarar av att jobba som lärare i fortsättningen'. Så här fritt fostrade barn skulle hon komma att möta mer och mer av, i fler och fler klasser. Jag vet ju inte vad fröken tyckte. Hon kanske tyckte att det var ett dåligt sätt, för pojken var väldigt jobbig för henne. Jag kände det nästan som att fröken var lite utsatt. Och på något sånt där barnsligt och elakt sätt, så tänkte jag: 'Där fick du'."

Moderns upplevelse av att vara förstådd är ju viktig för kontaktuppbyggnaden. Situationen kompliceras dock av att hon ser terapeuten som en kämpe vid sin sida mot skolan, med vilken hon befinner sig i maktstrid. Det finns flera exempel på familjer som försökt använda terapeuterna på detta sätt. Det är också vanligt att terapeuten ses som en slags domare; terapeuten skall tala om hur barnet verkligen är, och därmed slå fast vem som har rätt och vem som har fel - en ofruktbar inställning för fortsatt bearbetning.

Två familjer tycks ha regredierat kraftigt vid PBU-kontakten. Båda har fått omfattande stöd, i det ena fallet huvudsakligen med råd och beslut för familjens räkning, i det andra genom att en mängd åtgärder sattes in i familjen. Det förefaller enligt journalerna som att familjernas egna resurser minskade. Kanske bekräftades t.ex. moderns oro för att inte duga själv när alla åtgärder sattes in.

Omfattande problem

Knappt 10% av familjerna har haft så omfattande problem på så många plan att en psykologisk bearbetning inte för tillfället av utvärderarna har ansetts vara möjlig. I mötet med dessa familjer reagerar terapeuterna ofta kraftigt. De blir skakade över familjernas situationer. Det är svårt att möta föräldrar som i besvikelse stöter ut sina barn, samtidigt som de själva är så känslomässigt svältfödda att de varken har något hopp för egen eller för barnens del. Citat från en terapeut:

> "Föräldrarna tyckte det var jobbigt med pojken. Det kändes så otäckt att det var så skönt att bli av med honom...Och fadern, han ville bara återkomma till sin barndom och berätta om när han varit duktig och gjort bra saker... Det fanns någon apati och depression. Och mamman tyckte att ingen i familjen brydde sig om henne, framför allt inte den här pojken...Ja, det var trögt med den här familjen. Samma känsla fick man av alla som hade med dem att göra."

De här föräldrarna kan inte orka se barnets behov, eftersom de själva har så otillfredsställda behov. De har även svårt att medverka till att barnet får behandling, eftersom de då ställs inför vad de själva aldrig har fått. Terapeuterna måste först lyckas ge föräldrarna någon känsla av förståelse. För att verkligen kunna hjälpa de här barnen krävs det därmed omfattande insatser och stora resurser.

Många av terapeuterna har varit medvetna om sina egna reaktioner inför barnens och familjens situation. Några terapeutröster:

> "...och när jag hade Anders i sandlådan så kände jag så väl igen en känsla av tunghet, att bli trött och alldeles maktlös."

> "Det var hemskt, det var otäckt att höra henne beskriva den här ungen, som ett slags hat mot ungen men med en aning om att hon hade gjort henne sådan."

Det är lätt att gripas av maktlöshet och desperation inför hur barn ibland har det. Ibland lyckas terapeuterna ändå inför familjer med omfattande problem göra klara och realistiska avgränsningar av den egna kontakten med familjen. Risken är annars stor att terapeuten signalerar bristande empati och misstro inför familjens förmåga till förändring.

En flyktingfamilj får illustrera hur komplicerade problemen kan te sig. Familjen har remitterats till PBU av en socialsekreterare för att få intyg om behov av daghemsplats. Utan daghemsplats kan man inte bedriva språkstudier, utan språkstudier kan man inte få arbete, utan arbete mister man sin bostad. Den som remitterat familjen hade sannolikt önskat mer omfattande hjälp för familjens räkning, sannolikt främst hjälp med den relationsstörning som finns mellan makarna.

Man kan utifrån familjens problem försöka göra upp en hierarki av målsättningar. Vad bör komma först?

1. Familjen behöver hjälp att ordna upp sin sociala situation. Detta är främst en fråga om social service.

2. Familjen har blivit frustrerad av mötet med det svenska samhället. Man behöver ventilera denna besvikelse.

3. Familjen har levt under livshot före flykten. Detta ger psykiska efterverkningar.

4. Makarna har en störd äktenskaplig relation.

5. Det finns tecken på behov av bearbetning av intrapsykiska konflikter hos de vuxna i familjen.

Familjen behöver omedelbar hjälp ifråga om punkt 1 och 2 ovan. Övriga problem torde inte gå att bearbeta så länge den nuvarande yttre situationen är instabil. För övrigt är det för tidigt att ta ställning till om de behöver professionell hjälp med alla problem. Man kan ifrågasätta om den här familjen över huvud taget skulle ha remitterats till PBU - just vid denna tidpunkt.

Hembesök

I de familjer där hembesök företagits har man få kriterier uppfyllda enligt regressionsanalysen. Beror detta på att man tillgriper hembesök som ett sista försök, när kontakten håller på att brytas ändå? Eller är hembesök som åtgärd olämplig över huvud taget?

Om sambandet mellan hembesök och enskilda variabler studeras, visar det sig att barnen ofta har utåtriktade symptom.

Det förefaller som att terapeuterna, med vissa undantag, väljer att göra hembesök i familjer som är ganska dåligt strukturerade. En del av de här familjerna har också mottagit hembesök av personal från skolans elevvård, sociala servicecentralen eller barnhälsovården.

Några vanliga motiv från terapeuternas sida för att göra hembesök var t. ex. önskan att träffa hela familjen, alternativt någon speciell medlem som vägrat komma till PBU, allmän oro för hur barnet egentligen hade det samt svårigheter för familjen att infinna sig på grund av sjukdom eller barntillsyn.

Frågan är hur familjen uppfattat situationen; om den upplevts som social kontroll. Det finns tecken på blandade känslor inför att ta emot hembesök och familjerna kommer med förtäckta frågor om anledningen till att hembesöket företas. Den person som man speciellt önskade träffa var ofta inte hemma, anlände sent eller lämnade rummet.

Tre familjer har själva inbjudit eller uppmanat till hembesök. Det uppstod kraftiga ageranden från familjernas sida under besöken. Utifrån detta finns det all anledning att inför en sådan inbjudan fråga sig varför familjen är så angelägen om att man kommer hem; vad den vill förmedla på detta sätt.

Terapeuterna tycktes komma i mycket svåra arbetssituationer när hembesöken, som här, lades in under pågående behandlingskontakt. I ungefär tre femtedelar av fallen har svårigheter att bemästra situationen beskrivits. Föräldrarnas svårigheter att sätta gränser för barnen, deras inbördes oenighet, tonåringarnas utspel m. m. framstod övertydligt. Både familj och terapeut försattes i ett läge som ingen av dem behärskade.

I intervjumaterialet framför några av familjerna en önskan att terapeuten skulle komma hem. Liknande önskemål har uttrycks av familjer som har varit föremål för andra undersökningar (O'Leary et al 1973; Churven 1978). Frågan är vad som ligger bakom denna önskan. Finns det en förhoppning om jämställdhet, hopp om mer personlig kontakt? Eller skulle terapeuten kännas mer ofarlig om man möts hemma - något som ju också tycks vara fallet?

Någon forskning på effekter av hembesök har inte gått att finna. De få artiklar som handlar om hembesök förordar speciellt hembesök för familjer från lägre socialgrupper (Tobias 1979) - något som förefaller tveksamt.

För terapeuterna tycks det gälla att noga bedöma vilka situationer man kan råka i. Det är ju avgörande för familjens förtroende och hopp om att få hjälp, att terapeuten förblir situationen vuxen. Förhoppningen är ju att terapeuten skall klara upp och förstå barnet och problemen bättre än familjen själv. Därav följer också besvikelse om terapeuten inte klarar av att motsvara denna förväntan.

Att avsluta kontakten

Utredning eller behandling avbruten

I populationen är 17% av familjerna markerade på utredning eller behandling avbruten. Många av kontakterna tycks dock sluta på oplanerade, otillfredsställande sätt, utan bearbetning av själva separationen.

Ibland avbryter familjen plötsligt. Detta känns oroande och otillfredsställande för terapeuterna. Via journalerna har det dock inte gått att se orsakerna till avbrotten. Några citat från intervjuerna med terapeuterna:

> "Jag kände mig både arg och besviken på henne /tonåringen/, samtidigt som jag kände mig orolig för henne."
>
> "Men varför kom de inte? Jag tyckte vi hade en bra kontakt, och jag trodde vi kom överens om att hon skulle ringa då hon kom tillbaka."
>
> "Jag kände besvikelse, jag gick här och muttrade över att de inte kom tillbaka, de skulle ha behövt komma. När folk bara uteblir, blir det på något sätt väldigt oavslutat för mig. Jag undrar hur det känns för en familj då."

Avbrottsfrekvensen rapporteras allmänt vara hög. Patterson (1974) och Fleichman (1981) rapporterar 40% respektive 50% avbrutna behandlingar av pojkar med beteendestörningar. Andra forskare talar allmänt om stora problem med "drop outs" (Wood 1972; Day & Reznikoff 1980), samt diskuterar olika åtgärder för att komma till rätta med dem. Gartner (1979) fann att många adolescenter som stod på terapiväntelista avbröt kontakterna

med kliniken, och från klinikens sida prövade man då möjligheten att bevara kontakten med hjälp av "holding groups".

Allmänt förekommer färre avbrott vid korttidsterapier (Phillips & Johnston 1965, 1973; Epstein 1970; Leventhal & Weinberger 1975).

Några mycket framgångsrika tonårsterapier slutade med plötsliga avbrott. En av dessa intervjuades. Terapeuten hade försökt nå flickan per telefon och brev, utan att lyckas. Flickan sade:

> "Nej, jag ringde inte. Det har följt efter mig i alla år. Det kändes jätteskönt att få brevet från terapeuten, men jag hörde ändå inte av mig."

Schedin (1977, s. 73) menar att denna situation lätt kan uppstå i tonårsterapier och att motivet är att tonåringen skyddar sig mot de positiva känslorna för terapeuten. Dessa blir hotande och farliga därför att ungdomarna kämpar med att frigöra sig från barnsliga beroenden.

> "Av ångest för den infantila positiva bindningen kan tonåringen börja tillämpa drastiska försvar, t. ex. på det sättet att han bara uteblir från behandlingen för gott utan att ge något skäl eller meddela sig".

Normala avslutningar

Av de 40 behandlingsfallen, i vilka man kan förvänta sig avslutande samtal, kan man i 15 fall se tecken på att avslutningen bearbetats i åtminstone ett samtal, där både familj och terapeut från början vetat att det har varit det sista samtalet. Sju andra familjer remitteras till annan vårdinstans. I ytterligare 15 fall förefaller det utifrån journaluppgifterna som att kontakten slutar på ett oplanerat sätt. I tre fall, slutligen, saknas information för bedömning.

Ofta tycks hela beslutet om avslutning läggas på familjen. Detta tycks göra den konfunderad. En familj uppfattade det som om terapeuten frågade "om vi tyckte det räckte, eller om vi ville komma tillbaka". Av intervjun att döma hade familjen sannolikt både önskat och behövt en längre kontakt. Dock skulle de ha behövt en mer aktiv inbjudan från terapeutens sida.

Vanligt är också att man bestämmer att familjen skall höra av sig: "Men vi hade ju också sagt att mamman skulle återkomma till hösten, om hon tyckte att det behövdes. Vi sa inte att hon måste komma, men vi hoppades väl att hon skulle komma och att vi skulle kunna fullfölja det... Det är flera som vi har tappat så här."

I ett par intervjuer har familjerna spontant berättat att man skildes med en något vag överenskommelse att höra av sig till hösten. Familjen urskuldar sig för att det aldrig blev så. Sannolikt kändes detta otillfredsställande både för familj och terapeut. Så här sade en terapeut:

"Vi har väl börjat att verkligen försöka utvärdera tillsammans med familjen, innan de slutar, och försöka få kontakten avslutad. Förr blev det mycket oftare så att det rann ut i sanden, eller familjen ringde återbud och så blev det inte mer. Nu försöker jag avsluta. Kommer de inte, ringer jag upp. Jag har i alla fall försökt att göra ett slut och sedan lämnat det till familjen att höra av sig i så fall."

Kapitel 8

DISKUSSION

Varför gick familjen till PBU?

Beroende på hur psykiska problem uppfattas vänder man sig till olika hjälpinstanser i samhället. Om ångest och oro huvudsakligen upplevs som magvärk, är det naturligt att vända sig till somatisk sjukvård. Anser en familj att problemen har sin rot i ett otillfredsställande förhållande mellan makarna, kan den vända sig till familjerådgivningen. Föräldrar som känner sig blockerade av egna inre problem och tycker att dessa är störande i relationen till barnet, söker kanske psykiatrisk hjälp för egen del vid en psykiatrisk mottagning. Den grupp familjer som huvudsakligen ser problemen som knutna till barnen, vänder sig till PBU.

Som målgrupp anges "barn och/eller ungdomar samt deras familjer". Ofta, särskilt med ungdomar och deras föräldrar, har man plötsligt motstridiga strävanden inom målgruppen. Rimligen måste barn och ungdomar utgöra yttersta målgrupp. Uppdragen kommer dock oftast från föräldrarna, och som regel är de klart formulerade i förhållande till barnen. Konsekvensen av detta är att målgrupp och uppdragsgivare utgörs av olika personer. Som regel måste man i någon utsträckning arbeta genom uppdragsgivaren, föräldrarna, för att nå sin målgrupp, barnen. Att arbeta barnpsykiatriskt utan stöd och medverkan från föräldrarna är vanskligt, utom när det gäller äldre tonåringar, och kan i värsta fall skada föräldra-barn-relationen.

Ibland är det dock mycket svårt att involvera föräldrarna i nödvändig utsträckning. Sannolikt beror detta på ett förhållande som belystes i kapitel 2, nämligen att ju mer störda barnen är, desto svårare har föräldrarna att samarbeta - på grund av egna psykiska svårigheter. Man kan ibland tänka sig ytterligare en indirekt fråga från familjerna till terapeuten, antingen "Har det här med mig att göra" eller "Måste jag vara med"?

Att söka hjälp för ett barn är ofta ett tecken på försvar och motstånd mot att se egna problem eller egen delaktighet i barnets problem. Detta försvar måste i sådana fall få stå kvar tills familjen signalerar att det inte längre behövs.

Först skall diskuteras utvärderingens resultat i förhållande till de frågeställningar som uppställts (s. 26-27). Infallsvinkeln på den senare delen av diskussionen är den sista frågeställningen; vad som bör förändras för att i högre grad lösa de uppgifter som tilldelas PBU. Kapitlet avslutas med en metoddiskussion.

Kartläggning och statistisk analys

Vilka barn, ungdomar och/eller föräldrar söker sig till PBU?

Det är färre flickor än pojkar som kommer till PBU, 43.5% mot 56.5%. Skillnaderna är dock på väg att jämnas ut. I Curmans och Nylanders (1975) material från 1953-55 var endast 35% flickor. För år 1981 har noterats att flickornas andel ökat ytterligare något, till 45% (PBU:s årsberättelse för 1981).

Pojkarna är något yngre än flickorna. I stort är förskolebarnen underrepresenterade och skolbarnen överrepresenterade i förhållande till sin förekomst i befolkningen. Om man jämför med materialet (a. a.) från 1953-55, kom de barnen tidigare till PBU än 1977 års barn.

Man kan spekulera över varför barnen kom tidigare förr. Fanns det ett mindre motstånd mot att söka hjälp? Detta förefaller inte troligt.

Rädslan för att bli "registrerad" har troligen ökat. Dels har datoriseringen av samhället starkt ökat möjligheterna att sprida systematiserad information, dels uttrycker många föräldrar rädsla för att graverande uppgifter om problem skall följa deras barn, från barnhälsovården och upp genom skolan.

Det är också sannolikt att de olika förebyggande verksamheter som tillkommit, t. ex. konsultverksamheter och skolans elevvård, dels är mer uppsökande och mer lättillgängliga, dels kanske känns mindre hotande i och med att de är inbyggda inom normalverksamheter för barn. Frågan är dock hur mycket av problemen som kan lösas inom dessa verksamheter och när det är befogat med en PBU-behandling. Så länge den hjälp familjen får via dessa verksamheter är tillräcklig är allt väl. Det finns dock en risk för att misslyckanden i dessa utåtriktade verksamheter kan fördröja, och därmed försvåra, en senare behandlingskontakt vid PBU.

Ungefär hälften av barnen har samboende biologiska föräldrar. I det tidigare materialet (a. a.) hade ca 70% av barnen samboende biologiska föräldrar. Förändringen stämmer med det ökade antal skilsmässor som har noterats (SOS 1982). Samma kvinnliga fostrare hela uppväxttiden har 80% av barnen haft, och samme manlige fostrare har 50% av barnen haft.

Vanligen är det fäderna som skiftar för barnen. Det tycks dock också vara så, att när familjesituationen en gång blivit instabil, ökar risken för instabilitet både när det gäller fäder och mödrar.

Familjestrukturen har bedömts. För bedömning av "stabil familjebild", vilken gäller för drygt 3/5 av familjerna, har en mycket generös definition använts (s. 46). Två mindre grupper kan också urskiljas; familj i akut förändringssituation resp. familj med långvarig instabilitet i relationerna. De sistnämnda grupperna omfattar knappt var sin femtedel av materialet.

Mer än 80% av barnen har syskon. Troligen är flerbarnsfamiljer överrepresenterade, och så även invandrarbarn.

Vilken roll spelar då bakgrundsfaktorerna och familjefaktorerna? Dessa ger litet utslag i den multipla regressionsanalysen, särskilt när effektkriterierna slås samman. Detta stämmer väl med andra undersökningar (O'Leary et al 1973, Schneller et al 1977). En förklaring till detta är sannolikt att behandlingar i allmänhet anpassas efter det anmälda barnet, den enskilda familjen och dess livssituation.

Vad kan ligga bakom att det för flickorna oftare inträffar symptomlindring? Det är vanligare i flickornas familjer att hjälpintresset ligger helt inom familjen. När institutioner är involverade, dras många fler människor in i arbetet och komplicerade samarbetssituationer uppstår. Om hjälpintresset ligger helt inom familjen blir det lättare att avgränsa insatserna, vilket sannolikt är till gagn för effektiviteten i behandlingen.

Att tillfredsställande förklara varför det sällan föreligger processtecken när det rör sig om äldstabarn är omöjligt utan närmare studium. När data analyseras, uppdelade efter antal besök, visar det sig att äldstabarn med mer än fem besök fortfarande ej har tecken på process och har få kriterier uppfyllda. Äldstabarn som har gjort högst fem besök har däremot ofta markering på förbättring enligt familjen samt många kriterier uppfyllda.

Det sista hänger troligen samman med att de är föräldrarnas första barn. Alla problem man möter i uppfostran är nya. Kanske söker man då snabbare hjälp för mindre allvarliga problem? I så fall avspeglas en föräldraosäkerhet. Äldstabarnens situation vid de långa behandlingarna är det svårare att hitta någon rimlig förklaring till. Sambandet försvinner när enbart barn 0-10 år inkluderas. Alltså är förpubertetsbarn och tonåringar särskilt viktiga här. Kanske har deras problem hunnit bli mer låsta och fixerade. Kanske har de levt längre tid i en patologisk miljö.

Det förekommer ofta tecken på behandlingsprocess när familjen är i en akut förändringssituation. Motivationen är då också ofta god. Dessa människor befinner sig i krissituationer. Något måste ändå förändras. Öppenheten för att ta emot hjälp är då som regel stor.

Vid långvarig instabilitet i familjens relationer blir arbetet svårare för terapeuterna. Familjen tycker sällan att någon förbättring har inträffat. Det är ofta mycket svårt att få till stånd behandlingskontakter i dessa familjer. Motivationen för intrapsykisk och/eller interpersonell bearbetning är som regel låg. Kanske präglas försvaren främst av flykt: När konflikter uppstår, bestämmer man sig t. ex. hellre för att flytta isär än för att försöka reda ut dem.

De sistnämnda sambanden försvinner om man enbart studerar den grupp som gjort mer än fem besök. En slutsats man kanske kan

dra av detta är, att om man lyckas komma över svårigheterna kring kontaktuppbyggnad i början, går det att genomföra behandlingar även med dessa familjer.

Vad ber familjerna om hjälp med?

Knappt hälften av familjerna ber om hjälp med ett symptom hos barnet; 13% ber om hjälp med ett relationsproblem. Största huvudsymptomgrupp är barnneurotiska symptom relaterade till utvecklingen samt hämningssymptom. I genomsnitt redovisas drygt tre symptom per barn. Vanligaste enskilda symptommarkering på statistikkortet är "relationsproblem i familjen". Att denna markering förekommer i mer än 50% av fallen avspeglar dock snarare terapeuternas syn på problemen än familjernas problemformuleringar.

Den multipla regressionsanalysen visar att symptomgrupperna psykosomatiska symptom och hämningssymptom kunnat behandlas någorlunda framgångsrikt. Den slutsats man kan dra av detta är att befintliga behandlingsmodeller passar väl när det gäller att avlägsna dessa symptom.

För gruppen "psykosomatiska symptom" skiljer sig den kvalitativa analysens resultat från den kvantitativa analysens. I den kvalitativa analysen förekommer några fall som är mycket iögonfallande, där kontaktuppbyggnaden är ovanligt svår och missförstånd och avbrott förekommer. Kan möjligen tämligen likartade psykosomatiska symptom och reaktionsbenägenheter ändå ha olika teoretisk bakgrund: Kanske kan det dels röra sig om en mycket tidigt förvärvad benägenhet, dels om en "ytligare" flykttendens? Detta är endast en spekulation, vilken dock vore värd ett närmare studium.

Att det är svårt att framgångsrikt behandla barn och ungdomar med utåtriktade symptom är väl känt (Rutter 1982). Kanske finns de största bristerna ifråga om behandlingsmodeller här?

Familjens motivation

Det var svårt för familjerna att ta steget att söka hjälp. Starka känslor aktiverades. Rädsla, ambivalens och känslor av överföringskaraktär bidrog till att det var svårt för familjerna att uppfatta situationen på ett neutralt sätt. Ibland uppstod en omedelbar upplevelse av empati. I andra situationer störtes framväxten av empati av yttre och inre stimuli.

Motivation och kontaktuppbyggnad är komplexa och väsentliga variabler. Det underlättar när familjen har en viss förhandskunskap och en viss positiv förväntan eller när denna snabbt kan utvecklas i mötet med terapeuten.

I 58% av fallen har en anhörig anmält de unga till PBU; 9% är ungdomar som har kommit på egen hand. Det rör sig här om de äldsta ungdomarna. En tredjedel av alla familjer har tidigare haft kontakt med någon institution med utredande och/eller behandlande uppgifter.

I jämförelse med Curman och Nylander (1975), vilka rapporterade "eget initiativ" till 83% i mitten av 1950-talet, tycks fler familjer i 1977 års material ha "remitterats" eller utsatts för påverkan att vända sig till PBU.

Om man istället bedömer hjälpintresset utifrån journalen, har knappt hälften av familjerna ett entydigt eget hjälpintresse. För knappt 20% ligger i början hjälpintresset nära nog helt utanför familjen.

Att man kommit med helt eget hjälpintresse har inte visat sig avgörande viktigt. Det har dock varit negativt när det förelegat påtryckning bakom hjälpsökandet på grund av återverkan av barnets problem på arbetssituationen för den som har remitterat barnet (oftast någon i barnens sekundärgrupper). Det är glädjande att ett tydligt, helt eget hjälpintresse inte är avgörande. Det finns möjligheter att nå även familjer som "tvingats" till kontakt.

Fler familjer har remitterats eller utsatts för påtryckning nu än på 1950-talets mitt. Om man bedömer hjälpintresset framstår frivilligheten som ännu lägre.

Är det så att familjens eget initiativ att söka hjälp har minskat? Är kanske problemen tyngre än förut? En annan, mer positiv förklaring skulle kunna vara att PBU har lyckats bredda sin målgrupp. Dessa frågor kan inte besvaras utifrån det material som finns. Det förefaller dock sannolikt att fler familjer nu än tidigare utsätts för starka påtryckningar att vända sig till PBU.

En viktig grupp har ställts utanför, nämligen "av myndighet beställd utredning med utlåtande". Denna grupp kan och bör undersökas separat. Familjen är inte ens formellt uppdragsgivare. Kriterierna är inte adekvata. Det är sannolikt att dessa familjer i många avseenden skiljer sig från de övriga.

Problemformuleringen har berörts ovan. Den grupp som reservationslöst formulerar problemet som ett symptom hos barnet eller som ett relationsproblem, och som därmed banar tydligare väg för en psykologisk bearbetning, utgör knappt 50%. När problemformuleringen är mindre gynnsam för en sådan bearbetning måste terapeuterna börja med att försöka omformulera problemet till något som är möjligt att behandla - en process som är känslig och svår.

Drygt en tredjedel har uttryckt en realistisk förväntan inför behandlingen. De har viss kunskap om vad som väntar, och deras intresse för att pröva möjligheten till behandling väger över rädsla och tvekan.

Den multipla regressionsanalysen visar att realistisk förväntan inför PBU-kontakten är speciellt betydelsefull. Även påtryckning utifrån sekundärgruppens behov är viktig. Alla variabler som mäter kontaktuppbyggnad och motivation har signifikanta samband med varandra.

Vad händer när familjerna kommer till PBU?

Många familjer har gjort få besök. Hälften av dem gjorde upp till sex besök. Ett fåtal familjer har gjort många besök.

Antalet besök kan förefalla lågt. Samma tendens som beskrivs här tycks dock vara vanlig inom psykisk barna- och ungdomsvård. Burck (1978) fann t. ex. att 60% av familjerna vid en London-klinik i ett underprivilegierat område hade gjort sex besök eller färre.

De vanligaste behandlingsformerna för barn och/eller föräldrar är stödkontakt (14%) samt familjeterapi (11%).

När det gäller behandlingseffekter förekommer tecken på behandlingsprocess i en tredjedel av materialet, förbättring enligt familjen i drygt hälften av fallen. Symptomlindring har endast markerats för en tredjedel av de familjer som har gjort mer än fem besök.

Antal besök är i särklass viktigast när det gäller behandlingsvariablerna, här liksom i andra undersökningar (Bailey et al 1959, Lorr 1962, Luborsky et al 1971). Därför bör denna variabel undersökas närmare. Denna undersökning ger ej möjlighet att statistiskt pröva utfallet för fokuserade korttidsterapier. De framgångsrika familjeterapier och väl strukturerade korttidsterapier som finns i materialet ger viktiga infallsvinklar. Kanske passar långtidsbehandling väl för vissa familjer eller problem, medan andra familjer som behöver hjälp skräms av förslag om långtidsbehandlingar.

Familjer som avbryter behandlingskontakten anser sällan att en förbättring har inträffat. Hur avbrott skulle kunna förebyggas i högre utsträckning diskuteras på s. 143.

Värdet av hembesök ifrågasätts. Kanske gjordes dessa i familjer med speciellt svåra problem? Barnen hade ofta utåtriktade symptom. Familjerna hade ofta utsatts för påtryckning. Kanske tillgrep man hembesök på grund av att inget annat hjälpte. Inte heller detta ledde dock till framgång.

Även lekobservation som inslag i utredning och behandling ifrågasätts. Detta utfall är dock än mer komplicerat och skall diskuteras ingående.

Vad var framgångsrikt i behandlingen?

Bland de framgångsrika behandlingsinsatserna finns många exempel på avgränsad hjälp kring t. ex. föräldraroll och förhållningssätt mot barnet. Förbättrade relationer eller förändrad balans i familjen förekom också. Omformuleringar av problemet i riktning mot kärnproblemet innebar oftast att barnet kom ur fokus. Även om kärnproblemen inte kunde bearbetas i dessa fall, innebar interventionen i något avseende en lättnad för barnet. Krisbearbetningar förekom, liksom jagstärkande insatser och stödterapi. Bearbetning av internaliserade konflikter gällde som regel endast tonåringar.

Vari bestod bristerna i behandlingen?

Vanligt var att intrapsykiska och/eller interpersonella problem inte hade bearbetats. Bristande diagnostik samt brister ifråga om behandlingsteknik är viktigast här. Speciellt svårt har det varit för terapeuterna att hantera de situationer där familjerna har visat upp sina problem konkret i behandlingsrummet. En låg grad av struktur på kontakten från terapeutens sida har sannolikt ibland ökat familjens ångest på ett sätt som inte har varit konstruktivt. För snabba omformuleringar av problemen har också upplevts som alltför hotande.

En annan brist gäller remitteringar och terapeutbyten. Här är det främst fråga om svårigheter dels att besluta om och varför en familj skall remitteras, dels att hitta samarbetsformer när man skall överföra patienter från en verksamhet till en annan samt att göra avgränsningar vid parallella behandlingsinsatser. Remitteringar på oklara premisser förekommer. Dessa bör förebyggas.

Problemen med att arbeta med familjer med omfattande svårigheter har PBU gemensamma med många andra institutioner. Remitteringar av dessa familjer förekommer. De utmärks mer av hjälplöshet hos den som remitterar än av tilltro till att just PBU är rätt instans att ta itu med problemen för närvarande. En omfattande metodutveckling på bred nivå, där alla aspekter av problemen belyses, krävs sannolikt för att man skall kunna komma till rätta med dessa problem.

Barnen och behandlingen

Det är i denna undersökning få barn som fått behandling av terapeuterna. Det har varit svårt att direkt belysa barnens behov. Har man verkligen uppfattat barnens situation? Kan det tänkas att föräldrarna ibland har fått hjälp, utan att barnen har fått någon större glädje av den hjälpen? Hur många barn har lämnat PBU utan att någon har uppmärksammat eller hjälpt dem med internaliserade konflikter?

Ovanstående frågor får förbli obesvarade i denna undersökning. Det blir i ett journalmaterial en överbetoning av verbala abstraktioner - något som barn inte behärskar. Barnen har sällan "kommit till tals" i journalerna. Barn kan vara mycket tystlåtna i själva samtalen, men ändå med rörelser, mimik, beteende och lek ge en omfattande information. Deras tystnad i journalerna kan i behandlingssituationen ha vägts upp på detta sätt.

Också i utvärderingsintervjuerna var det svårt att engagera barnen och även när de deltog, var de ganska tystlåtna. Det är svårt för dem att använda ord för att uttrycka vad som är viktigt för dem.

Kelley (1979) åberopar "nationwide studies" i USA när hon konstaterar att 65% av barn som kommer till child guidance centers förblir obehandlade. Robins (1972) har 72% obehandlade barn i

sitt material. Kan man finna alternativa behandlingsmetoder för en del av dem som idag förblir obehandlade? Detta skall diskuteras på s. 134.

Man kan inte utesluta risken för att barnens behov har fått för liten tyngd. I gynnsamma situationer är dock det som är bra för föräldrarna - som föräldrar - också bra för barnen. Man kan inte gå förbi föräldrar, ens om de är "olämpliga" i samhällets ögon; föräldrar med låg ansvarskänsla för barnen, med stora brister i föräldrarollen.

En insats som ökar ansvar och kompetens i föräldrarollen kan få en genomgripande betydelse för barnet, medan en terapi utan föräldrarnas medverkan ytterligare kan störa en dålig relation mellan föräldrar och barn.

Med detta synsätt måste en behandling alltid starta med en förankring av föräldrarna till PBU - så länge det inte på laglig grund har beslutats att skilja barn och föräldrar åt. Barnets behandling kommer på detta sätt in i nästa steg.

Vad bör förändras?

Kontaktuppbyggnad och diagnostisering

Denna utvärdering bekräftar att initialfasen är en kritisk period i relationen mellan terapeut och familj, något som Woods (1974) beskriver med hjälp av maximen "well begun is half done". Avgörande är familjens upplevelse av det första mötet, hur terapeuten uppfattar och besvarar förtäckta frågor o. s. v.

Hur kan man då underlätta denna början? Det känns otäckt att söka hjälp. Caplan (1970) talar här om ångest av två slag. Familjen känner ångest inför att gå till PBU och den känner ångest inför problemen. Denna sistnämnda ångest får aldrig dämpas snabbt, eftersom det är den som utgör drivkraften i hjälpsökandet. Då denna ångest bör komma fram i samtalssituationen och ingen annanstans, är det viktigt att hålla nere kontakterna före det första samtalet. Långa telefonsamtal med familjen bör undvikas - särskilt om det inte är den som sköter telefonsamtalet som sedan skall fortsätta kontakten med familjen. Ett erbjudande om tid snabbt för första besök är sannolikt lämpligare ur behandlingssynpunkt.

Ångesten inför att gå till mottagningen och möta terapeuterna kan dock behöva dämpas. Ett sätt att dämpa denna ångest är att ge en så tydlig struktur som möjligt åt de första samtalen och dessas funktion av utredning eller problemfokusering. Klargörande av den yttre strukturen i form av när, var, hur, hur länge och vilka som skall träffas, de olika personernas funktioner samt kanske även samtalens fokus, bidrar till ångestdämpning.

Butcher och Koss (1978) betonar i sin översikt över kris- och korttidsterapitekniker behovet av att erbjuda behandling

snabbt. Ewalt (1973) förordar att familjen skall ges tid samma eller nästa dag. För att klara av detta tidsmässigt ger man sedan erbjudande om högst fyra besök, motsvarande en traditionell, kort utredning. Även i de fall där denna insats inte är tillräcklig har ingen tid förlorats, ty en riklig diagnostisk information har ändå erhållits. För Ewalt, liksom för Baldwin (1968) med flera, fokuseras den första kontakten helt på vad som utlöste att man sökte hjälp just nu. Den utlösande faktorn står psykodynamiskt mycket nära familjens djuppsykologiska problem, men familjen ser inte sambanden själv.

Terapeuterna har svårast att knyta kontakt med de familjer som väntar sig en snabb lösning, som inte är inställda på eget aktivt deltagande. Kanske väntar de sig att någon skall göra så att barnets problem försvinner. På sin höjd vill de ha rådgivning och vägledning. Det finns också, enligt Woods (1974), en tendens hos dessa familjer att upprätta en över- resp. underordnad relation mellan terapeuten och dem själva. Denna tendens blir sannolikt ännu starkare av att terapeuterna ofta har såväl högre utbildning och bättre levnadsvillkor i stort än PBU-familjerna. Varje kommentar från familjernas sida som betonar social statusskillnad bör därför omedelbart tas upp öppet (MacKinnon & Michels 1971).

Att påverka förväntan

Familjens förväntningar är väsentliga för dess intresse av att ta emot behandling. Ett förebyggande arbete bör främst läggas ned på diskussioner med remitterande institutioner om hur familjerna kan förberedas. Men hur kan man sedan hjälpa familjer som vet för litet eller har en negativ inställning när de kommer till PBU?

Warren & Rice (1972) gav patienter med orealistisk inställning fyra extra sessioner före terapins början för att förbereda patienterna och lära dem använda terapin.

Liknande försök har framgångsrikt genomförts av Heiter (1976). Han menar, att working alliance består av ömsesidigt uppfattade samarbetsroller i terapin. De patienter, för vilka detta är främmande, behöver en speciell typ av förberedande samtal.

Day och Reznikoff (1980) använde sig av en videoinspelning av en terapi för att hjälpa barn och föräldrar att förstå vad det går ut på. De förberedda familjerna avbröt mera sällan än övriga och hade färre inställda sessioner.

King (1979) prövade med extra information via telefon, film, både telefon- och filminformation samt ingen extra information för kontrollgruppen. Alla typer av förberedande information gav förbättrad effekt. Han drar slutsatsen att bearbetning av förväntningarna spelar en viktig roll för klient- klinikrelationen.

Även Kelley (1979) betonar nödvändigheten av att öka överensstämmelsen i förväntningar inför behandlingar. Hon använde sig av intake-grupper för föräldrar.

Shapiro (1974) kom fram till att "den preterapeutiska fasen" är ytterst betydelsefull om vi vill slippa dyrbara drop-outs. Det räcker inte med handledning och hjälp med motöverföring under terapin, det är före terapins början som det viktigaste sker. Det finns enligt honom inte något skäl att betrakta evalueringsprocessen som kvalitativt skild från psykoterapi.

Det traditionella intake-förfarandet, där de första besöken ses som en diagnostisk datainsamlingsfas, ifrågasätts i hög utsträckning (Joelson 1972). Phillips slog redan 1960 fast att "therapy begins with the first interview; no separate diagnostic function exists" (s. 196). Intake måste ses som en terapeutisk process, som initialfas i behandlingen. Jacobson et al rekommenderar för vuxna patienter att "each hour is considered as if it may be the last treatment opportunity"; detta gäller även den första sessionen (1965, s. 143). Även Ewalt (1973) och Levental och Weinberger (1975) föreslår förändring av intake-förfarandet.

Förhållningssätt hos terapeuten

Familjens ambivalens inför att söka hjälp vid PBU är påfallande. Att ge ett visst hopp om att det kan gå att göra något åt problemen är nödvändigt. Det minskar dock inte med säkerhet familjens ångest inför att komma till PBU. Visst vill man ha en förändring. Men om nu terapeuten, förhoppningsvis, stärker den egna uppfattningen helt, så slipper man kanske att förändras själv. Tanken på att terapeuten skulle kunna lyckas med det som föräldrarna själva inte klarar av känns också hotande. Inte bara föräldrar (Woods 1972), utan också samfostrare (Carlberg et al 1981), kan känna ambivalens och ett visst hot inför hoppet om förändring.

Terapeuten kan behöva hjälpa familjen genom att förmedla förståelse för hur det känns att söka hjälp. Kanske har familjen nytta av att höra att den inte är ensam om sina upplevelser. Ändå är situationen unik för den här familjen. Att berätta om alla sina problem för en människa som tar emot och bevarar dem utan att själv vackla, har som regel också en rent terapeutisk effekt.

Det är viktigt att föräldrarna själva upplever sin ambivalens inför besöket och känner att det är tillåtet att vara undrande och tveksam om det här verkligen kan leda någon vart (Woods 1972). Att terapeuten inte heller kan veta detta säkert från början bör också stå klart. Det är en gemensam uppgift att granska problemen, fundera över tänkbara lösningar och utformning av eventuellt fortsatt samarbete.

Freud (1967, s. 99) säger att det inte alls är ovanligt att till och med fullt utbildade symptom "bleknar bort mellan anmälan och utredning av fallet, helt enkelt därför att den ångest de är utslag av blir betydelselös jämförd med det hot som den kliniska undersökningen representerar." Terapeuten kan plötsligt stå i den situationen att varken föräldrarna eller barnet själv tycker att något problem existerar.

Blanck och Blanck (1976) menar dock att man skall ta fasta på att när en individ kommit så långt att han avtalat en tid och infunnit sig på utsatt tid har han framfört ett meddelande om att han behöver hjälp. Kanske är han ambivalent, kanske har han blivit tvingad att komma. De menar att det finns en tendens att avfärda den medvetet ovillige som omöjlig att behandla, men påpekar att det inte har avgörande betydelse om det inledande motståndet är medvetet eller omedvetet, ty det finns metoder att handskas med motstånden.

MacKinnon och Michels (1971) anser att terapeuter alltför lätt accepterar verbalt förnekande av motivation. Många gånger möter de dock människor som är helt obekanta med introspektivt tänkande, ovana vid nära interpersonella relationer, tyngda av många praktiska problem. Dessa kan knappast be om terapi. Behandlingen måste starta där patienten befinner sig, oftast med en klart stödjande ansats.

Singer (1965) talar om att terapeuten under de första mötena har en unik möjlighet att slå an tonen för den psykoterapeutiska processen. Genom att förmedla en känsla av allvar inför problemet, visa sig angelägen om att verkligen förstå och själv vara öppen i kontakten, uttrycker terapeuten respekt för patienten och gör den psykoterapeutiska utforskningen till en sant unik upplevelse för klienten. Singer kallar detta för en utbildning för det psykoterapeutiska samarbetet.

Enligt utvärderingen är det en stor differens mellan terapeutens och familjens problemformulering. Det krävs en mycket medveten teknik från terapeuternas sida för att kunna möta familjerna där de står. Varje familj behöver mötas i förhållande till sina behov. Samtidigt kan man dock urskilja några större undergrupper som i viss utsträckning har gemensamma behov av bemötande.

MacKinnon och Michels (1971, s. 363-373) betonar hur viktigt det är att med psykosomatiska patienter inte gå för snabbt fram. Terapeuten måste få möjlighet att rikta patientens intresse mot hans emotionella reaktioner just innan de fysiologiska symptomen upplevs. Då kan patienten utveckla en medvetenhet om känslor som tidigare har förnekats. Dessa patienter föredrar att diskutera fysiska symptom framför psykologiska konflikter. Många är dock efter en tid villiga att ge upp symptomdiskussionen. Då avslöjas sedan länge bortträngda emotionella problem.

Den patient som upplever att hans svårigheter huvudsakligen är fysiska, kommer att lita på terapeuten bara om denne har gjort sig väl bekant med de fysiska problemen. Man måste visa att man tror på att symptomen är verkliga och inte inbillade. Kanske är läkarna de bästa terapeuterna för dessa familjer - under förutsättning att de kan skifta smidigt mellan sin somatiska och sin psykologiska referensram.

Små subtila tecken som antyder psykisk stress kan ge ledtrådar till ursprunget i patientens svårigheter. Som exempel ges patienten med hudutslag som kliar sig när han pratar om sin frustration i förhållande till arbetsgivaren, migränpatienten som

får huvudvärk efter att ha beskrivit sin svärmor, magsårspatienten som får ont i magen när skolproblemen kommer upp.

Med patienter som har stark inriktning på konkret tänkande erhålls rikast material om samtalen i början hålls kring konkret material (MacKinnon & Michels 1971). Vem sände hit patienten? Vad kan denne ha tyckt att han behövde hjälp med? Vilket material patienten än kommer med, är det viktigt att terapeuten knyter an till det, vare sig det verkar relevant eller inte för patientens problem. Speciellt betonas vikten av att träffa rätt samtalsnivå. Det är lika förödande att underskatta, som att tala över patientens nivå. Uppmaning att beskriva sina föräldrar kan vara för diffus; långt bättre går det med konkreta frågor om vad de arbetar med, vad man gör på fritiden o.s.v.

Ett skäl till att dessa, "psykologiskt osofistikerade", patienter inte söker hjälp själva är, enligt Heiter (1976), att de är pessimistiska inför "mental sjukdom" och inte kan föreställa sig möjligheten att psykoterapi skulle kunna hjälpa.

Diagnostisering - en omformuleringsprocess

När terapeuten förstår mer av problemet än familjen själv gör, uppstår det med nödvändighet en olikhet i problemformuleringen. Det gäller att terapeuten ändå kan möta familjen där den står.

Kvaliteten på kontakten ger också en god diagnostisk information om familjen. Medan man pratar om barnets symptom, är terapeuten samtidigt inriktad på diagnostisering av objektrelationer och hur kontakten mellan terapeut och familj utvecklas under samtalets gång. Detta kan ge god belysning av intrapsykiska förhållanden.

När det gäller barn är gränsen mellan hälsa och sjukdom ännu svårare att dra än för vuxna. Det är relativt sällan som rent medicinskt-psykiatriska diagnoser sätts på barn. Delvis beror detta på underdiagnostisering. I huvudsak är det dock sannolikt till gagn för barnen. Bakom denna tvekan ligger den stora tilltron till de tillväxtbefrämjande krafter som finns hos barnen. Många gånger går behandlingen främst ut på att undanröja hinder för barnens spontana utveckling (Freud 1965, Rutter 1982).

Känslighet för motivationsgrad och problemformulering hjälper terapeuten att gå fram lagom snabbt. Under bearbetningen av journalmaterialet växte det fram ett förslag till stegvis prövning av familjens beredskap. Terapeuten bör pröva sig fram, från ganska ofarligt material till alltmer känsloladdade områden. När man närmar sig känsliga och svåra problem är det naturligt att familjen går tillbaka till en tidigare nivå. Detta ger då terapeuten anvisning om att ta det extra varligt för att undvika låsningar.

Denna typ av samtal utgör snarast en diagnostisering av objektrelationer. Samtidigt måste terapeuten för sig själv fullborda den intrapsykisk diagnostisering utifrån samtalsmaterialet.

Föräldrarna måste aktivt medverka med att ge sin beskrivning av barnet och dess svårigheter. Man får inte någon objektiv bild av barnet direkt, men man får en uppfattning av föräldrarnas känslor och felperceptioner av barnet och kan snabbt bearbeta dessa och tillsammans med föräldrarna söka mer kunskap om barnet och dess problem. Detta leder som regel också till ökat intresse för att förstå barnet. Att förstå barnets kommunikation är ovärderligt för förståelse av familjen, anser Levant och Haffey (1981).

Ibland får man inte någon tillräckligt klar uppfattning av barnet utifrån föräldrarnas beskrivning. När föräldrarna har svårt att tala om psykiska skeenden eller är rädda och ängsliga, kan det material de kommer med vara otillräckligt för att terapeuten skall kunna förstå barnet. Samma svårigheter eller oro hos föräldrarna ger dock upphov till irrationellt beteende omkring lekobservationens genomförande; annars vore detta en närliggande lösning. Även i dessa situationer tycks alltså den främsta strategin vara att gå in än mer för att bygga upp kontakt med föräldrarna.

Den i figur 4 beskrivna modellen, framvuxen under utvärderingens gång, är jagstärkande och relativt litet hotande. Den kan knappast anställa skada. Fokus ligger helt på föräldrarollerna och föräldrarnas ansvar som föräldrar betonas genomgående. Inga förespeglingar om att någon kan bota deras barn utan deras medverkan ges, utan arbetet är aktivt kring deras egna föräldraroller och kring vad de själva har prövat, tror är fel, vill förändra.

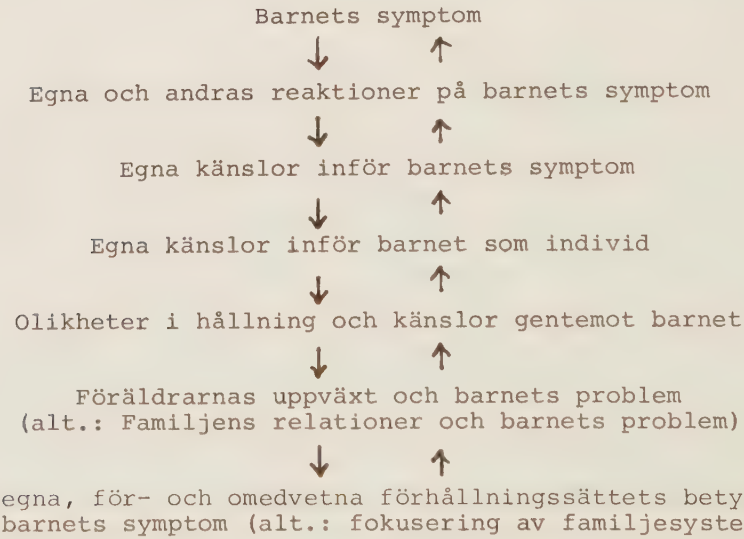


Fig. 4. Stegvis prövning av familjens motivation och beredskap till bearbetning av problemen.

Någon form av symptom eller problem måste föräldrarna under det första samtalet orka tillstå hos barnet, annars går det knappast att föreslå flera möten. Att tala om reaktioner på symptomet är mindre krävande än att tala om känslor inför det. Ytterligare ett stort steg "värre" är det att tala om känslor inför barnet som individ. Det är vanligt att familjen har låst sig just på detta steg, och t.ex. själv endast ser barnet i positiv dager - och tillskriver andra, särskilt förskolepersonal och lärare, uppfattningar om barnet som dåligt och aggressivt. Många gånger räcker det med att bearbetningen fokuseras på denna nivå.

Olikheter mellan föräldrarna i hållning och känslor inför barnet kräver ytterligare mod. Det går dock att bearbeta detta problem utan att samtidigt dra in föräldrarnas inbördes relation i samtalet. Ibland kan det vara moget för en sammankoppling mellan barnets symptom och föräldrarnas egen fostran (alt.: familjens relationer och barnets problem) - med därav följande förhållningssätt. Oavsett tidsåtgången har den terapeutiska processen då framskridit långt.

De viktigaste stegen i ovanstående modell är de första. Om och när dessa passeras, kan processen gå vidare med inriktning på att utifrån föräldrarnas egen fostran hitta rötter till barnets problem, eller med fokusering av familjerelationernas inverkan på barnets problem.

Meningen är inte att nå så många steg som möjligt, utan att med hjälp av de olika stegen finna ut hur långt familjen kan sträcka sig och sedan pröva en problemformulering som bara går en liten bit längre.

I en modell av detta slag går det att hålla kvar fokus på det problem som familjen presenterar, eller på deras akuta skäl att söka hjälp, något som förordas av Ewing (1976). Han anser att det är viktigt att terapeuten inte i första hand ser familjens svårigheter som patologiska, utan som en temporär oförmåga att handskas adaptivt med en splittrande kris. Föräldrarna fastnar ofta vid barnets symptom, omedvetna om samband mellan egen stress och barnets symptom (Baldwin 1968). Campbell (1967) kommer med en annan intressant observation, nämligen att mamman ofta söker hjälp när pojken gör kraftiga försök att differentiera sig och "ber" sin mamma se honom och hans problem som hans egna, och inte som hennes.

För samtliga alternativ till traditionellt utredningsförfarande gäller att de inte är tekniskt lättare, eller mindre krävande, att genomföra för terapeuterna. En omfattande diagnostisk och terapeutisk kunnighet krävs.

Föräldrarna och lekobservationen

Vilken förklaring man än ansluter sig till när det gäller lekobservationens inverkan på det statistiska utfallet, är det sammanlagda intrycket att situationen är svårhanterlig för terapeuterna och tydligen ter sig långt farligare för föräldrarna

än terapeuterna tycks föreställa sig. Irrationella moment slår igenom. Rubinstein och Levitt (1964, s. 256) ger en djuppsykologisk förklaring av föräldrars känslor inför barnanalys, som kanske kan gälla även för diagnostiken: "Not infrequently do the parents transfer to us those needs and defenses which are represented in the symptomatology of their child."

Föräldrarnas information till barnen avspeglar deras attityd till situationen. Woods (1972) pekar på möjligheten att i förberedande samtal bearbeta föräldrarnas attityd och i samband med detta hjälpa dem att komma fram till hur de vill förklara för sina barn.

Inte heller terapeuterna kan alltid hålla sig helt fria från irrationella inslag i sitt handlande. Ekstein och Wallerstein (1964, s. 238) talar om att motöverföring kan leda till negativa reaktioner till barnens föräldrar på grund av att arbetet med ett fall ofta startar med så kraftig betoning på barnet, att alla inblandade, inklusive den tilltänkta terapeuten, tenderar att identifiera sig med barnet och ta avstånd från föräldrarna.

Det är inget som säger att en lekobservation skall leda till en längre tids kontakt. Man kan även gemensamt komma fram till att detta inte är den lämpligaste åtgärden för tillfället. Då det rör sig om en dyrbar åtgärd, bör den dock huvudsakligen användas i de fall där man verkligen tror att den kan utnyttjas till fullo. Det är dock inte ovanligt att föräldrar drar sig för en fortsatt behandling, trots att man genom diagnostiseringen kunnat fastställa behovet av behandling och erbjudande om behandling har givits (Levitt 1958).

Terapeuterna måste dock fråga sig när, på vad sätt och hur lekdiagnostik kan oroa för kraftigt respektive hur den kan användas konstruktivt.

Ett av kärnproblemen kring lekobservationerna är sannolikt att terapeuten försätts i en domarposition. Föräldrarna känner sig främmande i situationen och upplever skuld (Broche 1972). Terapeuten har resurser att "titta bakom kulisserna". När det gäller psykiska problem kan ju nästan aldrig barnens problem vara helt skilda från föräldrarnas. Därför kommer utredningsresultat som rör barnets problem att "avslöja" föräldrarnas centrala problematik, som man sannolikt inte är särskilt medveten om - men anar - och inte orkar höra.

En någorlunda ofarlig situation för djupdiagnostik av barnet föreligger sannolikt när föräldrarna är välmotiverade och en god working alliance är etablerad mellan terapeut och familj.

Särskilt när det gäller barn med handikapp kommer svårigheten att meddela familjen resultatet i en takt som denna kan ta emot mycket tydligt fram. Familjen har helt klart för sig att terapeuten sitter inne med "den stora sanningen" - men man vet inte om man vill höra den eller ej. Möjligheterna till krisbearbetning och till att tala om hur svårt det är att vara föräldrar

till ett handikappat barn, blir minimala. Det finns barn som utreds upprepade gånger, utan att man får till stånd någon fördjupning av föräldrakontakten.

Kanske skulle just dessa kontakter börja med en gedigen kontaktuppbyggnad. Denna skall pågå tills familjen kan tala om sin oro och kan formulera vilket svar man befarar att få - innan utredningen görs.

Det viktigaste dessa familjer behöver hjälp med är sannolikt att bearbeta sin kris i relation till barnet och att acceptera barnet och dess möjligheter. Rena utvecklingsbedömningar hör väl knappast hemma inom PBU-verksamheten? Frågan är om det verkligen är terapeuterna som skall ta ställning vid t. ex. val av skolform. Terapeuterna har ju ytterst liten möjlighet att fatta beslut eller bestämma om speciella stödåtgärder. Långt viktigare än direkta utredningsresultat är ju för övrigt hur barnet fungerar i olika miljöer, hemma och i förskola och skola.

Generellt gäller det att förstå vad ett utredningsförslag betyder psykodynamiskt för föräldrarna. Oron inför vad som skall komma fram om barnets problem och den egna ofullkomligheten som förälder kan växa sig alltför stark. Senare ökar kanske oron inför terapeuten och vad denne/denna "vet" om föräldern och familjen efter att ha undersökt barnet. Fantasier kring vad terapeuten vet, kan växa sig oerhört starka.

Kanske är det en överstark oro på grund av dessa fenomen som utgör hinder för behandlingsprocessen? Om terapeuterna är speciellt vaksamma inför tecken på dessa problem, bör i så fall även dessa kunna bearbetas - under förutsättning, återigen, att man har en hållbar terapeutisk allians.

Barnet och lekobservationen

Även om barnet är undrande inför situationen, är materialet så lockande att en spontan lek börjar snabbt. Materialet utgör då också en utmärkt kontaktkälla mellan terapeut och barn. Barnet har rikliga tillfällen att visa upp sig, sina kontaktresurser och sina problem. Det finns några exempel i utvärderingen på barn som i symbolform har visat allt "elände", bemötts med förståelse och empati av terapeuten och kunnat dra direkt terapeutisk nytta av detta. Det senare gäller sannolikt många projektiva metoder, förutsatt att de genomförs med god kontakt.

Small (1971, s. 84-85) talar om möjligheterna att kanske i en enda session avlägsna blockeringar för normal utveckling utifrån att man ger barnet "the feeling of being discovered without being exploited". Han tar exempel från en projektiv metod använd av Winnicott. Man kan på detta sätt få kontakt med djupa skikt i barnets personlighet, utan att materialet måste tolkas verbalt. Förändringen kommer inte från verbaliserad insikt, "but from the child's awareness that what before seemed 'chaotic, mad or inaccessible' now is sensible". Barnet känner sig då bättre och blir i stånd att tillgodogöra sig kontakter med människor och lära av "livet själv" på ett bättre sätt.

Behovet av avgränsade, jagstödjande insatser för barnen förefaller stort. Kan de terapeutiska möjligheterna för barnen som faktiskt kan utvecklas i situationen betonas mera? En förändring både till innehåll och till benämning borde diskuteras. Ordet observation för tankarna till objektiv mätning. Att genomföra en krisintervention eller en korttidsterapi med barnet ger en helt annan vinkling på "lekobservationen". Dessa insatser betonar inte resultatet, utan processen, för barnet.

Problem kring samverkan

Alla aktuella svenska utredningar om barns psykiska hälsa (Larsson 1980) beskriver på ett mycket allmänt sätt att samverkan behövs. Frågan är bara hur denna skall ske och med vilka nyckelpersoner.

PBU-personalen har stora förväntningar på sig från många olika samarbetspartners; socialsekreterare, lärare, förskolepersonal, elevvårdspersonal m. fl. Humble et al (1981) undersökte vad samarbetsorganen önskade för hjälp av PBU:s personal. Hjälp att motivera klienter till behandling, få information om gemensamma klienter, genomföra gemensam behandling samt att få handledning i klientarbete var de vanligaste önskemålen.

En del av dessa samarbetspersoner har egna problem med barnet i sitt dagliga arbete. Andra, t. ex. socialsekreterare, känner det sannolikt som att de kan lätta på egna arbetsbekymmer för tillfället, och kanske vänta med svåra beslut, om de vet att familjen går på PBU.

Risken för utspel av eller kring familjen är stor. Det uppstår lätt situationer där ansvaret kastas mellan olika myndigheter. En stor fara med utspelen är också att klienterna vänjer sig vid att släppa fram känslorna på "fel" plats. Familjerna vänjer sig av med att rikta känslorna mot en närvarande person. Man klagar på PBU-personal i samtal med socialsekreteraren och tvärt om. Ingen kan då heller ta emot och hålla kvar familjens känslor för att bearbeta dem.

Frågan är hur nära PBU-terapeuten kan samarbeta med andra utan att den inre bearbetningen med familjen äventyras. De exempel som finns i denna utvärdering på helt integrerat samarbete förefaller vara mindre framgångsrika.

I en försöksverksamhet rapporterad av Goldmann (1981) beskrivs en rad olika samarbetsmodeller mellan samhällsinstitutioner och PBU. Det framgår dock föga vari den intrapsykiska och interpersonella bearbetningen består, samt om eller hur denna påverkas av det intima samarbetet.

I många situationer torde det vara olämpligt att direkt remittera familjer till PBU när de har en behandlingskontakt av något slag vid någon annan institution. Givetvis sträcker sig PBU:s vårdansvar även till dessa barn, men kanske vinner man på en, för familjens del anonym, förhandssondering. Den som funderar på att remittera barnet, skulle först kunna diskutera med

en PBU-terapeut om vad remitteringen kan tänkas leda till, om tidpunkten är lämplig, hur föräldrarna kan uppfatta saken och vad den remitterande eventuellt skulle kunna fortsätta arbeta med själv med hjälp av handledning eller konsultation.

Det visade sig i utvärderingen att remitteringar upplevdes som mycket påfrestande; de människor som bäst skulle behöva det orkar inte knyta an på nytt. Kanske har de uppfattat remitteringen som att de är för svåra för eller uppfattas som "hopplösa" av den remitterande personen. Churven (1978) talar om behovet av att utbilda dem som remitterar. Balint (1964) har valt en annan väg, speciellt för patienter med psykosomatiska symptom. Han organiserar en typ av handledningsgrupper i psykoterapi för allmänpraktiserande läkare som är intresserade av att hjälpa dessa patienter i korttidsterapier. En stor fördel med detta är att patienterna då inte tvingas omformulera sitt problem i psykiska termer innan behandlingen kan starta ö. h. t.

En del föräldrar som har svårt att använda sig av en samtalskontakt kan ibland kanske erhålla en mer konkret, och därmed för tillfället mer relevant, hjälp t. ex. via personal vid barnavårdscentraler eller förskolor. Detta bygger då på att denna personal har resurser att förstå familjens problem och vad de själva just nu kan bidra med - samtidigt som de kanske på sikt har som mål att remittera familjen för en psykoterapeutisk behandling. Konsultmedverkan via konsultandcentrerad konsultation kan då vara nödvändig (Caplan 1970).

Samverkan och inre bearbetning

I endast ett fåtal fall har möjligheterna till någon form av inre bearbetning ansetts vara i stort sett uteslutna. Det är dock svårt att få till stånd bearbetning av intrapsykiska och interpersonella problem när "dörren till terapirummet står öppen". Kanske gäller det i högre grad insatsen för föräldrarna än för barnet. Föräldrarna kan sannolikt uppleva lekobservationen som en handling liktydig med att skaffa information utifrån i en insiktspsykoterapi.

Inte sällan ber familjerna på olika sätt att terapeuterna skall gripa in i barnens tillvaro utanför PBU. Frågan är hur långt det är konstruktivt att tillmötesgå sådana önskningar. Precis som när det gäller individualterapi, är dessa önskningar ofta magiska till sin karaktär och tillgrips i situationer där man närmar sig något problem som det känns hotande att fortsätta bearbeta. Ekstein och Wallerstein (1977) anser att en drivkraft bakom sådana önskningar är att hindra omedvetna processer från att bli medvetna.

Dessa situationer kan användas som försvarsmanövrer både från familjens och från samfostrarnas sida. Det är viktigt att terapeuterna ser dessa inslag som försvarsmanövrer.

Vanligt är att familjen anger problem i relation till skola eller förskola som orsak till att man söker hjälp. Problem i relation till samfostrare är ett av de vanligaste problemen

kring uppfostran som föräldrar uppger spontant (Janson & Ellheden 1978). Dessa familjers motstånd visar sig ganska ofta i att familjen försöker hålla samtalet till sådant som rör sekundärgruppsmiljön.

Ofta har personalen där egna svårigheter att klara av barnet. Det kan då vara svårt att särskilja sekundärgruppsmiljöns hjälpbehov från familjens, vilket här illustreras av ett citat från en terapeutintervju:

> "Ja, jag kan tänka mig att föräldrarna rimligtvis borde ha varit oroade för sin pojke och att de hade svårt att prata om den oron... Jag kommer inte ihåg att föräldrarna önskade hjälp från oss. Det var mycket diskussion kring att daghemspersonalen tyckte att han var besvärlig."

Personalen ser lättast föräldrarnas oförmåga och lägger naturligt ansvaret för barnets tidigare utveckling på dem. Föräldrarna ser eller anar personalens egna svårigheter med barnet, och känner sig orättvist beskyllda. En maktstrid växer fram under ytan. Det är svårt för familjen att utan känsla av kränkning eller av att "tappa ansiktet" söka adekvat hjälp.

Personalen vill att föräldrarna skall söka hjälp. Samtidigt är den också delvis medveten om det egna behovet. Det tycks finnas starka behov och stora förväntningar på PBU i dessa avseenden. Man kanske hoppas på att barnet skall förändras - men samtidigt "vet" man att detta knappast kan ske snabbt.

Många samfostrare har i andra sammanhang (Carlberg et al 1981) uttryckt besvikelse över att terapeuterna inte hjälpte dem. Frågan är hur och när terapeuterna kan engagera sig i samfostrarnas problem med barnet, utan att sabotera samarbetet med familjen - ett dilemma som diskuterats även av Lappalainen och Manninen (1977). I individualpsykoterapi betonas betydelsen av en ostörd dyad mellan terapeut och patient - "den stängda dörren". Även om jämförelsen haltar något, behövs en stängd dörr också för familjen. Ekstein och Wallerstein (1977, s. 199-200) menar att det inte är någon slump när det uppstår krissituationer i psykoterapi.

> "Så länge materialet under den psykoterapeutiska processen inte skapar några speciella svårigheter för patienten, ingen känsla av skuld eller skam, är han benägen att låta den terapeutiska situationen styras av den stängda dörrens politik."

Om man i en krissituation överidentifierar sig med den man skall hjälpa, kan man visa sympati, men inte verklig förståelse. Författarna fortsätter med att säga (a. a., s. 200):

> "Ju mer övertygande vädjan om hjälp i krisen är, desto större anledning har hjälparen att misstänka att det inte är en i den yttre verkligheten förankrad kris, som givit upphov till problemet utan snarare en inre verklighet, som ofta först gör sig gällande som en medvetenhet om ett nästan olösligt problem."

Terapeutens roll

Ekstein och Wallerstein (a. a.) antar att reaktioner liknande patientens kriser i terapi kan uppstå hos terapeuterna i "behandlingskriser". Att då terapeuten går utanför den terapeutiska situationen är att leta efter ett "inre" svar i den yttre verkligheten.

Att andra behandlare försöker frånhända sig klienter till PBU framgår av utvärderingen. Det förefaller sannolikt att samma sak sker från PBU till andra verksamheter. Vissa fall är svåra att avsluta. Familjerna visar upp sina stora behov. Det är svårt att stå emot yttre och inre press på att man borde göra mer. Ett sätt att "avsluta" är då att remittera familjen. När man väl är i den situationen, är valmöjligheterna få. Det gäller snarare att förebygga situationen genom att kämpa för en klarare struktur på sin insats från början och se till att man inte tar på sig ansvar som är omöjligt att bära i förhållande till det mandat man har.

Det förefaller oförenligt för terapeuten att både sörja för en intrapsykisk bearbetning och samtidigt vara central gestalt för samarbetet mellan olika myndigheter kring familjen. Terapeuten tvingas att välja mellan att "åtgärda" eller att bearbeta. Vem skall då vara central person? För de familjer som är aktuella vid socialtjänsten är valet lätt. Det formella ansvaret ligger på denna personal. Övriga samarbetspartners har mer avgränsade skyldigheter att informera eller anmäla.

Såväl för dessa som för övriga familjer torde det dock egentligen bara finnas en enda instans som naturligt kan stå för samordningen: familjen själv. Vad gör att det är så svårt för föräldrarna själva att tala med läraren, vända sig till socialtjänsten eller läkaren? Om man kan hjälpa föräldrarna att t. ex. se den egna ambivalensen gentemot barnet och den egna osäkerheten inför barnets beteende, blir förutsättningarna större för att familjen själv skall klara av att tala med de berörda. Familjen får en mycket större hjälp på sikt genom att uppmärksammas på varför det är svårt att tala direkt med läraren, själv söka hjälp för specifika problem, våga kontakta arbetsförmedlingen o.s.v.

> Haak (1969, s. 2) säger: "Vid all stödterapi riskerar man att infantilisera patienten, att öka hans beroende och göra honom mera osjälvständig... Det är väsentligt, att man stöder patientens vuxna, autonoma jag och därför är det viktigt, att det givna stödet i det enskilda fallet inte överskrider det absolut nödvändiga."

Behandlingens innehåll och struktur

Allmänt förespråkas ett hälsomål inom PBU (s. 3). Begreppet är diffust. I och med att målet är svårt att avgränsa, kan man inte heller slå fast när man nått det. Oftast rör det sig om att arbeta för att avlägsna avgränsade hinder för hälsa. Ytterst få familjer kan erbjudas långtidsbehandlingar utifrån de resurser som finns tillgängliga.

Hur ser då de allvarligaste bristerna i behandlingen ut? Den låga graden av struktur, uppfattad utifrån journalerna, kan inte vara till gagn för målmedveten behandling. Sannolikt bidrar den istället ofta till avbrott i behandlingen - något som bör förebyggas.

Familjemedlemmarna bär med sig och visar fram det som är problem, vare sig terapeuten är inställd på detta eller ej. En del av problemet har man ord för. Andra delar av svårigheterna visar man främst i beteendet. Terapeuten måste räkna med att familjens problem på ett mycket påtagligt sätt kan visa sig i behandlingsrummet. Om terapeuten bara kan bevara kontrollen över situationen, erhåller denna samtidigt ett rikt material att bearbeta.

Vad som förekommer i för liten utsträckning i förhållande till familjernas behov är också välstrukturerade korttidsterapier för föräldrar och/eller barn. Dessa problem skall diskuteras närmare nedan.

Såväl i journalerna som i familjeintervjuerna framskymtar att familjerna känner sig vilsna när de kommer till PBU. Många samtalsreferat präglas av en trevande framtoning. Bakom detta anar man en ambivalent familj. Kanske finns där också en ambivalent terapeut? Inte sällan läggs ansvaret för initiativ till fortsatt kontakt över på familjen. Detta kan ha en avdramatiserande effekt på en del familjer, men gör det alltför svårt för andra att komma tillbaka fast man vill - litet i alla fall. Den ursprungliga hjälpvädjan "dög" inte eller hördes inte.

En låg struktur skapar en ångest som inte är konstruktiv för familjerna - särskilt i de fall där familjen har dåliga egna gränser utåt och inåt. Den brist på struktur, som märks även från terapeuternas sida, kan möjligen hos terapeuterna ha sin grund i en osäkerhet på vad man kan bidra med för att hjälpa familjen i dess problem.

Det tar tid innan terapeut och familj kan komma fram till en gemensam problemformulering som kan utgöra underlag för behandling. Sannolikt är det också så, att ju lägre grad av struktur familjen själv har, desto viktigare är det att terapeuten är klar och tydlig i sitt/sina behandlingsförslag. Just dessa familjer behöver en aktiv , otvetydig inbjudan till behandling. För att inte skrämma familjen måste då samtidigt terapeutens förslag vila på en realistisk uppskattning av vad familjen kan tänkas acceptera.

Ett noggrant kontrakt hjälper terapeuten att tala om vad PBU har att erbjuda och att markera vad som förväntas av familjen. Det blir också möjligt att tydligt visa när familjen försöker förändra eller bryta kontraktet, och detta leder i sin tur ofta till att familjen återvänder och fullföljer sitt åtagande. Om avbrott ändå sker, är det viktigt att terapeut och familj i ett avslutande samtal enas om att behandlingen är avbruten.

Att förebygga avbrott

Utrednings- och behandlingsavbrott var mycket vanliga och familjerna mindes avbrott och icke-fullföljda löften efter så lång tid. Dessa händelser måste därför ha varit viktiga för familjerna.

Herlin (1980) har beskrivit tendenser till att terapeuterna bedömer familjernas behov av behandling som långt mer omfattande än familjerna själva tillstår. När behandlingsförslag då ges, är risken stor att man inte når varandra. Familjen avbryter och får inte någon hjälp alls och terapeuten blir frustrerad. Denna frustration sliter hårt på terapeuterna och kan långsiktigt förorsaka utbränningsfenomen. Man orkar inte satsa själv längre på att ta emot och bygga upp en relation, för man orkar inte ta emot mer ångestväckande material och kanske åter ställas utan möjlighet att göra något konstruktivt av situationen. Liknande fenomen har beskrivits i flera människovårdande yrken (Freudenberger 1975, Seiderman 1978).

Kanske gäller det att både kunna diagnostisera omfattningen på störningarna och att kunna vända på problemet så att man även för svårt störda familjer börjar med att söka efter en avgränsad svårighet, som man tror att familj och terapeut kan göra något åt någorlunda snabbt. Det förefaller som om det snarare är motivationen än behandlingsbehoven som måste avgöra omfattningen. Tendensen är att de familjer som har störst behov samtidigt har lägst motivation - eller störst rädsla.

Terapeuten skulle även kunna sätta upp behandlingsmål för en familj i en hierarki och sedan ta ställning till ambitionsnivån utifrån allmänna resurser och familjens motivation. Även för familjer med omfattande problem kan man sannolikt avgränsa behandlingskontrakt utifrån en målhierarki.

Många gånger kan familj och terapeut enas om att det finns problem som man skjuter åt sidan medan man koncentrerar arbetet på en speciell del. För vissa familjer ökar benägenheten att fortsätta behandlingen efter en sådan period. Andra tycker kanske att de fått tillräcklig hjälp för tillfället.

Plunkett (1981) har visat att mindre än 30% av de föräldrar som underskattade sitt terapibehov fullföljde behandlingen. Motsvarande siffra för dem som bedömde korrekt, var mer än 60%.

Målinriktade korttidsterapier

Det finns exempel på bra korttidsinsatser i utvärderingen. Behovet är dock oändligt mycket större och många av de genomförda korttidsterapierna skulle ha vunnit på en tydligare struktur, t. ex. explicita kontrakt.

Korttidsterapier kan bedrivas med barnen och föräldrarna parallellt, enbart med föräldrarna eller, för äldre barn, enbart med de unga. Det finns också beskrivningar av helt eller delvis integrerade terapier, med barn och/eller ungdomar och föräldrar samtidigt.

För vilka familjer passar korttidsterapi dåligt? Epstein (1970) utesluter familjer som har problem att försörja sig, hjärnskadade personer, kroniska brottslingar, familjer med alkoholproblem och omfattande problem ö. h. t. Han menar att det är avgörande hur kroniska problemen är. I det sistnämnda instämmer Rosenthal och Levine (1971) och Ewalt (1973).

Epstein (a. a.) slår fast att långtidsterapi alltid måste finnas kvar för dem som inte tycks dra nytta av korttidsinsatser, och säger att vissa familjer behöver kontinuerligt stöd med tolkning av och anknytning till verkligheten.

När skall man då använda korttidsterapi? Wolberg (1965) och Ewalt (1973) föreslår att man alltid skall börja med korttidsterapi och se hur långt man kan komma. Gillman (1965) går ännu längre och anser att det är kontraindicerat med långtidsterapi för alla patienter som har fungerat någorlunda väl tidigare. Ewalt menar att familjerna bara vill ha litet hjälp. Fisher (1980) anser att korttidsterapi är det enda föräldrarna kan tänka sig. Han fann att föräldrarna tvekade redan vid 12 sessioner. Liknande erfarenheter har Epstein (1970), som citerar ambivalenta ungdomar: "If it /behandlingsgruppen/ meets for only six weeks, then we can take anything".

Rosenthal och Levine (1970, 1971) menar att korttidsterapin utvecklas bäst om det finns en akut kris. Ett visst stöd för krisens positiva inverkan finns i denna undersökning; för familjer i akuta förändringssituationer förelåg ofta tecken på behandlingsprocess.

Att lägre socialgrupper har lättare för att utnyttja korttidsterapi än långtidsterapi har Mann (1973) funnit.

Fisher (1980) menar att det är minst lika bra med korttidsterapi för högre socialgrupper. Även Rutter (1982) anser sig ha funnit belägg för att korttidsterapi är att föredra, och menar att det beror på bättre definition av mål och bättre formulerade fokus för behandling som gör korttidsterapi så verkningsfull. Dock tillägger han: "If the parents are not to be forever reliant on professional help, they must themselves gain improved coping skills" (s. 728). Han menar dock att det endast har gjorts begränsade försök att bedöma framgång i det behandlingsmål som är knutet till föräldrarna och undrar hur långt man kan nå här.

Rosenthal och Levine (1971) betonar även betydelsen av terapeutens motivation för korttidsterapi.

Tidsavgränsningens inverkan har ingående belysts av Mann (1973). Även Appelbaum (1975) belyser dess djuppsykologiska effekter. Ångesten inför tiden blir så stor, därför att vi då ställs inför den existentiella innebörden av våra liv. Det kräver att vi besinnar döden. I och med att man från början fastställer slutet, kommer de separationsproblem som alla människor har, och som ofta ligger bakom psykiska svårigheter, att aktiveras.

De flesta korttidsterapeuter är eniga om vikten av att uppmuntra familjen att återkomma vid behov (t. ex. Rosenthal & Levine, 1971). Direkta förslag om uppföljningssamtal framgår inte tydligt, men kan enligt författarens uppfattning vara mycket viktiga.

Teamarbetet flyttas i en modell som denna bakom frontlinjen (Ewalt 1973). Den enskilde medarbetaren tar fullt ansvar för sitt eget arbete med familjen, och detta inkluderar att han söker konsultation hos övriga teammedlemmar vid behov.

I sitt förhållningssätt visar terapeuten på styrkan och resurserna hos föräldrar och barn, tar aldrig över någon del av föräldrarnas ansvar, utan fungerar mera som en resursperson som hjälper föräldrarna att återfinna sina egna resurser. Ansvaret för behandlingsprocessen delas mellan familj och terapeut (Rosenthal & Levine, 1971).

Levant och Haffey (1981) trycker särskilt på att föräldrarna måste lära sig att acceptera barnens känslor. När terapeuten förstår och accepterar barnens kommunikation, blir det möjligt också för föräldrarna att släppa fram egna omogna, barnsliga känslor. Dessa författare föreslår en integration av barn- och familjebehandling, där man möts i ett lekrum och samma terapeut svarar på både barnets och föräldrarnas budskap, tolkar barnets beteende för föräldrarna, undersöker föräldra-barn-interaktionen och återspeglar den affektiva innebörden i barnets beteende. Modellen förefaller ställa mycket stora krav på terapeuten!

Mycket av det som ovan sagts gäller även ungdomsterapier. Problemen kring behandlingen av den ungdomsgrupp som söker sig till PBU på egen hand är ganska små. Den kommer därför inte att diskuteras närmare här.

Ett speciellt problem föreligger dock med de ungdomar där föräldramotivationen vida överstiger ungdomarnas motivation.

När det gäller yngre barn tycks det till varje pris gälla att få till stånd en relation till föräldrarna. Här gäller troligtvis det motsatta. Sannolikt ligger det mycket nära till hands för ungdomarna att uppfatta PBU-kontakten som ett hot mot den egna integriteten.

Föräldrarnas initiativ, intresse och motivation inför behandlingen är inte sällan större än ungdomarnas. Detta leder lätt till att ungdomarna avbryter sitt deltagande, och att behandlingen fortsätter enbart med föräldrarna. Föräldrarnas behandlingskontakt tycks då försvåra för tonåringen att våga etablera en terapeutisk kontakt för egen del.

Utifrån fynden i denna undersökning bör man utgå ifrån att det finns relationsproblem mellan föräldrar och ungdomar när föräldrarna ringer och anmäler sina barn. Den fortsatta behandlingen hänger helt på hur föräldrarna kan motivera PBU-besök för sina ungdomar. Risken är mycket stor att terapeuten används av familjen i dess relationsproblem redan innan tonåringen hunnit infinna sig.

Går det att hjälpa föräldrarna till rätta innan? Kan man genomföra en korttidsterapi med föräldrarna, kanske på fyra-fem samtal, för att hjälpa föräldrarna att se egna motiv att söka hjälp för sin tonårings räkning, samt med föräldrarna diskutera hur PBU-kontakten kan motiveras för tonåringen? Risken är även här överhängande för att tonåringen uppfattar föräldrarna och terapeuten som en enhet, men kanske kan detta vara en framkomlig väg i de familjer där det ändå finns en positiv relation i botten mellan föräldrar och barn.

Om terapeuterna kan hjälpa föräldrarna att till tonåringen förmedla respekt för dennes integritet, borde detta kunna motverka en negativ förväntan. Viktigt är dock att samtalen rör föräldrarnas svårigheter i relation till tonåringen, och inte spekulationer kring tonåringens problem.

Kanske lättar då ibland föräldrarnas problem så mycket att de kan återta en adekvat föräldraroll, utifrån en ny förståelse av tonåringen. Så blev det i åtminstone ett fall i det här materialet.

Metoddiskussion

Att använda journaler i forskning

En fördel med en journalstudie är att bortfall kan undvikas. Bortfall kan annars ha en förödande effekt när det rör sig om kliniska material. Man kan gå miste om möjligheten att belysa vissa patientgrupper eller problemområden, därför att dessa har gemensamma bakomliggande faktorer som har samband med hög bortfallsfrekvens.

Utvärderingen har visat att en journalstudie är en möjlig och ekonomisk väg för att studera kliniska material i någorlunda stor omfattning. Komplettering med intervjudata är dock synnerligen väsentlig, ty dessa ger ökade möjligheter att förstå dynamiken i problem och behandling.

Det finns dock även många problem förknippade med användningen av journalmaterial. Informationen är ojämn. Den är utvald och nedtecknad av terapeuten, med allt vad det innebär. Verbalt material får stor tyngd på bekostnad av icke-verbal kommunikation. Det finns en övervikt på material från de första samtalen. Journalerna ger en bristfällig belysning av vad som händer i långtidsbehandlingarna. Kanske kan detta avhjälpas genom en separat undersökning av dessa. Att journalanteckningarna är få under en behandling som löper är sannolikt inte utmärkande just för PBU, utan är snarare effekt av balansgången mellan behovet av dokumentation och hänsyn till patienternas integritet.

En viss risk föreligger också för felaktiga slutsatser genom dominansen av material från den tidiga kontaktuppbyggnaden. Det skulle kunna leda till en överbetoning av initialfasens betydelse. Initialfasens avgörande betydelse är dock oomtvistad i litteraturen (Phillips 1960, Woods 1972, Ewalt 1973).

Det finns två olika typer av journalmaterial: statistikkorts-uppgifter och beskrivande journaluppgifter. Säkerheten i dessa data skall diskuteras nedan.

Beskrivande data versus statistikuppgifter

Statistikkorten ser ytterst förtroendeingivande ut och det är lätt att få fram "exakta" uppgifter. Beskrivningarna i journalerna innehåller ojämna informationsmängder och ser vid en första anblick inte imponerande tillförlitliga ut. När det har brustit i överensstämmelse mellan statistikkort och journalbeskrivningar är det dock alltid beskrivningarna som har kunnat bidra med tilläggsinformation. Denna har dessutom förekommit i ett sammanhang, där det ganska långt går att avgöra rimligheten i en viss uppgift. Detta gör beskrivningsdata säkrare. En felmarkering på ett statistikkort blir totalt fel. Ett biologiskt barn blir adoptivbarn (men mamman har ju beskrivit graviditeten?) eller yngstabarnet står plötsligt som endabarn i familjen (men storebror heter ju Lars?).

Urvalet

En stratifiering föreföll rimlig för att tillförsäkra bidrag som var tillräckligt stora från alla ärendetyper. Det skulle också underlätta jämförelser mellan olika ärendetyper. Som den slutliga bearbetningen utformades, har dock stratifieringen även utgjort en komplikation.

Urvalet kan inte helt riskfritt behandlas som ett obundet slumpmässigt urval, vilket den här använda regressionsmetoden förutsätter. En viss förskjutning av signifikansgränserna kan inträffa när man lägger in vikter i försöken att upphäva stratifieringen.

Man kan också diskutera om kategorin "utredning/ behandling avbruten" bör inkluderas i den statistiska analysen eller ej. Det har fallit sig naturligast att inkludera den. Dessa insatser skiljer sig ej på något avgörande sätt från övriga. Många av behandlingarna slutar på oplanerade sätt.

Den viktiga kategorin "behandlingfall" är underrepresenterad i urvalet. Ett av de största frågetecknen i undersökningen gäller just behandlingsinsatser för barn. Skulle dessa kunnat belysas bättre vid ett obundet slumpmässigt urval? Denna komplikation förutsågs inte vid urvalsbesluten.

Urvalet kan av terapeuterna tyckas ge en sned bild av arbetet. De korta kontakterna är överrepresenterade. Materialet är redovisat utifrån familjerna. Om materialet istället redovisades utifrån arbetstidsanvändning, går sannolikt en stor del av denna till långtidsterapier.

Kanske finns det också en tendens att överbetona inslaget av långtidsbehandlingar i arbetet. De flesta terapiutbildningar har omfattande inslag av långtidsterapier, vilket sannolikt är

nödvändigt ur inlärningssynpunkt. En följd kan dock bli att dessa även uppfattas som mer värdefulla än kortvariga behandlingskontakter - utan att detta relateras till familjens motivation och behov. Det har också i hög utsträckning saknats teknik och språk för korttidsinsatser utifrån psykodynamisk teori. Att få till stånd en begränsad terapeutisk insats i en svagt motiverad familj är dock sannolikt långt svårare än att bedriva långtidsterapi med välmotiverade familjer.

Bedömningarna

De globala bedömningarna har varit viktiga. Överensstämmelsen i bedömningarna blev mycket god, men samtidigt finns det ju i globala bedömningar spelrum för smärre skillnader i uppfattningar. Även Rutter (1981) har använt sig av liknande skattningar och funnit att erfarna terapeuter har en ganska god gemensam uppfattning om vad som är bra och vad som är dåligt i behandlingen.

Svårigheten att bedöma utgångsläge diagnostiskt sett kvarstår som ett olöst problem. Även i en prospektiv undersökning är det svårt att förena intrapsykisk diagnostik med familjediagnostik och aktuell sekundärgruppsmiljöpåverkan.

I övrigt finns det en brist när det gäller bedömningar av vissa av motivationsvariablerna. Dessa har diskuterats i de globala bedömningarna men ej genomgående markerats av enskilda, oberoende bedömare som avsikten var från början. Här används endast författarens bedömning. En mängd oberoende bedömningar skulle utföras. Materialet blev dock alltför omfattande för att tillåta detta. Det var på det stadiet svårt att avgöra vad som borde prioriteras. Någon tid för samträning av bedömare för den totala mängden av önskvärda bedömningar fanns inte heller, vilket sannolikt är nödvändigt även för vana terapeuter (Hoyt, Marmar, Horowitz & Alvarez 1981).

Kriterierna

Vad kriterierna beträffar har de som fanns tillgängliga använts. I jämförelse med andra barnpsykiatriska utvärderingar står de sig ganska bra. Många av dessa redovisar endast ett kriterium. Tecken på behandlingsprocess har varit särskilt värdefullt, även om denna variabel samtidigt utesluter en del viktiga patientgrupper för vilka behandlingsprocess ej kan förväntas. Denna svaghet har jämnats ut något, i och med att det funnits tre kriterier och att behandlingsframgång ansetts ha förelegat redan vid två uppfyllda kriterier.

Begreppet behandlingsprocess kan möjligen leda till missvisande associationer, då det vanligtvis används när man beskriver omfattande terapeutiska processer och då innefattar en mängd olika terapeutiska interventioner. I förhållande till dessa är kraven här mycket små för markeringen på tecken på process. Det är dock ytterst angeläget att markera betydelsen av innehållet även när antalet samtal är litet.

Ett kriterium som sannolikt skulle ha varit speciellt intressant att använda för barn i utveckling är "avlägsnande av utvecklingshinder", vilket t. ex. Rutter (1982) föreslår, inspirerad av Freud (1965).

Vad kan sägas om kriteriernas prognostiska värde? Som framgått främst av de kvalitativa beskrivningarna (kap. 7) är det som regel inte fråga om "färdigbehandlade" familjer, utan om människor som fått hjälp med ett aktuellt problem. Det förefaller mycket sannolikt att de familjer som uppfyller flera behandlingskriterier dels är bättre rustade att klara sig själva i fortsättningen, dels skulle tveka mindre inför att vända sig till PBU om problemen på nytt skulle kännas överväldigande.

Förhållandet mellan kvalitativa och kvantitativa data

I denna undersökning har kvalitativa och kvantitativa data integrerats så långt det har varit möjligt. Behovet av båda inslagen är stort (Reichardt & Cook 1979, Campbell 1979).

Efter den grundläggande datainsamlingen med bedömningar och skattningar har detta material bearbetats i tre omgångar. Först gjordes en rent kvalitativ analys. Företeelser som framstod som viktiga beskrevs. Sedan gjordes på försök chi 2 - beräkningar på materialet mellan grupperna med framgång respektive brister i behandlingen (ej redovisade här). För att få en bättre uppfattning av prediktion från de oberoende till de olika beroende variablerna valdes slutligen istället en multipel regressionsanalys.

Den kvalitativa analysen har givit rikast material av direkt nytta för behandlingsarbete och metodutveckling.

Samtidigt finns det mycket stora svårigheter i presentationen av kvalitativa material. Man vill t. ex. belysa hur vanlig en viss företeelse är. Vissa uppgifter är lätta att ange. Uppgifter som huvudsakligen har en kvalitativ karaktär bjuder dock på avsevärda svårigheter. I några få journaler förekommer kanske en företeelse mycket utpräglad. Behandlingen kanske t. ex. avbröts på grund av terapeutbyte. I flera journaler finns det tecken på att terapeutbyte kan ha spelat roll. I ytterligare ett antal journaler förekommer kanske behandlarbyte där det krävs långtgående tolkning eller spekulation för att lägga in någon betydelse i bytet. Att utifrån uppgifter av denna typ ange att behandlarbyte har spelat roll i tre fall blir lika godtyckligt som att ange att det har spelat roll i tio gånger så många fall.

Störst problem med kvalitativa data ger kanske ändå redovisningen. Hur återför man analyser av 200 fall till en läsare? Någon form av systematisering är nödvändig.

Den kvantitativa analysen har använts för att sortera ut väsentligheterna i materialet och ge en ram för presentationen av den kvalitativa informationen.

Genom dessa dubbla analyser kan också problemet med massignifikans hållas under viss kontroll. Risken är stor att signifikanta utfall uppkommer av slump när många oberoende variabler testas.

Hur ser då kvalitativa data ut för de svagaste oberoende variablerna; kön, utåtriktade symptom och påtryckning utifrån sekundärgruppens behov?

Variabeln kön har inte varit speciellt framträdande i de kvalitativa analyserna, utom när det gäller bearbetning av internaliserade konflikter, där flickorna dominerar stort (s. 83). Flickorna lider också oftare av hämningssymptom, som ju har en gynnsam prognos, medan pojkarna oftare har utåtriktade symptom, för vilka motsatt förhållande snarast råder (s. 76). För flickornas del har också hjälpintresset oftare legat helt inom familjen (s. 53), vilket även kan ha underlättat behandlingarna.

Någon separat kvalitativ analys av de utåtriktade symptomen har ej genomförts. Såväl klinisk erfarenhet som forskning i övrigt visar dock entydigt att utåtriktade symptom är svåra att behandla (Rutter 1982).

Påtryckning bakom hjälpsökandet utifrån sekundärgruppens behov har varit framträdande även i den kvalitativa analysen (s. 101).

Antal besök är en prediktor som hör till de starkaste. Samtidigt korrelerar den högt med kriterierna och kan också ses som något av ett kriterium i sig själv. Kvalitativa data avspeglar också en mer komplicerad bild: struktur och fokusering spelar en stor roll och kanske spelar familjens motivation större roll för behandlingens längd än den problematik som föreligger.

Samma fenomen framstår som viktiga i båda analyserna. I och för sig rör det sig om ganska allmänna variabler, t. ex. förväntan och övriga motivationsvariabler - resultat som man kunde förvänta utifrån erfarenhet och litteratur (kap. 7). De inslag som rör lekobservationens och hembesökens inverkan var dock helt oväntade. Utan "bekräftelse" av deras betydelse i den statistiska analysen, var det svårt att ta de kvalitativa fynden tillräckligt på allvar.

Generalisering

Att generalisera från urval till population, med korrektion för stratifieringsförfarandet, erbjuder inga svårigheter. Populationen är dock här definierad som barn, ungdomar och/eller föräldrar som avskrevs som färdigbehandlade, alternativt avbröt utredning eller behandling, år 1977. I vad mån skiljer sig då 1977 års avskrivna klienter från t. ex. 1984 års klienter?

Uppfostringsmönster, familjekonstellationer, barntillsyns- och skolförhållanden, behandlingsformer m.m. befinner sig i ständig förändring i vårt samhälle. Dessa förändringar är dock sannolikt långsamma, så länge inte yttre nödsituationer, t. ex.

krigstillstånd, utövar press. Det tidsfenomen som den försämrade samhällsekonomin utgör har sannolikt ännu så länge en ganska liten inverkan.

Vissa typer av problem tycks vara generella i vårt samhälle, t. ex. barnens och ungdomarnas behov av kontakt och positivt intresse från viktiga vuxna för att kunna etablera egna personlighetsmönster, barnens behov av gränssättning och konsekvent bemötande från de vuxnas sida, ungdomarnas behov av att frigöra sig från sina föräldrar.

Av årsberättelsen för år 1977 framgår att man anser sig märka en förändring i barnens symptombild, från hämningssymptom till mer utåtriktade symptom. Eldin och Hedin fann (1981) att de anmälda symptomen hos latenspojkar ändrades mellan år 1970 och 1978. Symptombilderna år 1978 var mycket mer diffusa än år 1970. Somliga hävdar att denna förändring fortsätter i snabb takt. Denna undersökning kan inte ge närmare belägg för hur det förhåller sig.

Klart är dock att de problem som föräldrarna sökte hjälp för i denna utvärdering återfinns även hos dagens klienter, liksom att någorlunda samma behandlingsformer möter familjerna även nu. Däremot kan proportionerna av t. ex. olika problem eller olika behandlingsformer ha förändrats. Det torde idag vara vanligare med klara korttidsterapikontrakt, familjeterapi förekommer sannolikt oftare. Dessutom är PBU-personalen mer välutbildad idag än år 1977 eftersom personalförändringarna har varit få och vidareutbildning sker kontinuerligt.

Bra eller dåligt resultat?

Blev det då ett bra eller dåligt utfall? Bra eller dåligt i förhållande till vad, måste nästa fråga bli. Det rör sig ju om interna effektkriterier, vilka på ett rimligt sätt kan användas för jämförelser inom materialet. Att jämföra med andra undersökningar är svårt.

Det står dock klart efter utvärderingen att arbetet kan utföras på ett ännu bättre sätt, med hjälp av ökad utbildning och erfarenhet och ständig vidareutveckling och fördjupning av metoder som passar för just dem som behöver denna typ av hjälp. Härvid är det inte bara behandlingsbehovet som räknas, utan inte minst familjens motivation.

Denna utvärdering gäller enbart det inre behandlingsarbetet vid PBU-mottagningarna. Mottagningarnas utåtriktade arbete kan inte belysas utifrån detta material. En komplettering med information från övriga delprojekt i PBU-utvärderingen är nödvändig om man vill erhålla en mer fullständig bild av verksamheten.

ENGLISH SUMMARY

THE CHILD GUIDANCE CENTERS OF THE COUNTY OF STOCKHOLM

Description, analyses of treatment effects and development of methods

The 21 child guidance centers of the county of Stockholm (PBU) have been subjected to an evaluation. These centers offer children, adolescents, and/or their parents counseling, diagnostic services and treatment. Each year about 2.7% of the total population of children from 0 to 20 years of age will be in contact with PBU. The theoretical orientation is primarily psychodynamic. The services are free of charge, and the centers are publically financed.

Problems

In the following, the problems are stated in connection with the methods applied.

Survey: Which children, adolescents and/or parents come to PBU? What do they ask for? What kinds of treatment are they offered?

Evaluation, quantitative: Is there any relationship between, on one side, aspects of the children and the families, their symptoms, motivation, aspects of the treatment and, on the other side, success of treatment?

Evaluation, qualitative: What do the families gain from treatment? What shortcomings are there? How do the families feel about going to PBU? How do the families perceive the therapists and their attitudes toward the families and their problems? What could be changed in order to improve the work done at PBU?

Methods

The population consisted of all families, around 4000, who had finished or interrupted their treatment during 1977. The material consisted of 200 records of children, representing all the centers. The sample was stratified with selection at random in every stratum. Twentyfive of the families in the sample, selected at random, were interviewed and so were their therapists.

The records were subjected to analyses, based on clinical judgement by experienced therapists of different professions (psychologists, social workers, and psychiatrists) and with different therapeutic approaches (family therapy, individual psychotherapy with children and adults, social interventions etc.). Each record was evaluated by at least two judges independently. Clinical judgements regarding the nature of the problem and the treatment were made. Also, the records were rated with respect to treatment effect on a two-point scale (yes/no).

The criteria for treatment effect were:
1. Signs of treatment process
2. Improvement according to the parents' view
3. Relief of symptoms

The criteria were used as variables in quantitative and qualitative analyses. For the same purpose a fourth variable was defined as the number of fulfilled criteria (ranging from 0 to 3).

The criteria were used strictly for internal comparisons. The criteria should not be seen as absolute measures of treatment effect, and cannot easily be used for comparisons with other investigations.

Important factors of background and treatment were included as independent variables in multiple analyses of regression. Dependent variables were the criteria and their sum, as was described above.

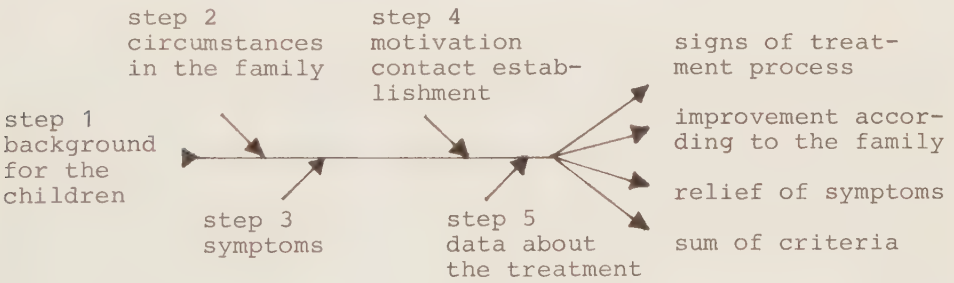


Figure I: Model of multiple analysis of regression, hierarchical model.

A qualitative analysis was performed on families who had two or three criteria fulfilled. The assumption was that they had benefited from treatment. In what way had they benefited, according to the judges? The judgements were categorized by the author. Likewise, a qualitative analysis was carried out on those families who fulfilled one or none of the criteria of treatment effect. The major reason for why the respective families had not benefited from treatment was stated.

Finally the qualitative and quantitative data were integrated and combined with data from the interviews. This was done to get a broader and richer view about what happened, how the families experienced the PBU-sessions, and what improvements could be made. This was the only way in which the interview data were utilized in the present study.

Results - survey

The survey gave descriptive information about the conditions in the sample, which will be summarized below. Population figures were estimated, taking the stratification variables into account. The population figures will be given, within brackets, whenever they deviate more than two units of per cent from the figures of the sample.

Age and sex of the children

There were slightly more boys than girls coming to PBU (56.5/43.5%). The median age at the first visit was 8.5 years for boys and 11 years for girls. In comparison with data from 1953-55 (Curman & Nylander 1975) a higher percentage seeking help are girls, and the children are older. Children 0-6 years old were underrepresented.

Family structure

One-half of the children had been raised by their biological parents living together. Fifty-five percent of the children had had the same male fosterer during their whole childhood and 78% had had the same female fosterer. At least one-sixth of the children had been in social care in children's homes or in foster homes for some period.

The most common family structure was the stable family-type, defined as follows: all the members of the family accept living together with each other. That might include stepfamilies, single-parent families, and so on. Sixtyfour percent of the families belonged to this category. An acute situation of change was characteristic of 18% of the families, while the remaining 18% consisted of families with long-term instability.

Eighteen per cent of the children seeking help were only children. Most of them had one sibling, 42.5%, many had two, 23.5%, and 15% had three or more. This indicated that the PBU-families were larger than most of the families in Sweden. The parents had usually asked for help for the oldest child in the family. However, this figure is deceptive, since it includes families with only one child as well as families with several children. In families with three or more children, seeking help for a middle child was clearly most common.

Children of immigrants were overrepresented. Around 20% of the PBU-children were immigrant children, compared to 12.5% of the total population.

Symptoms

According to their own definition, 45% of the parents sought help for a psychological problem of the child. About 13% defined their problem as relational problems within the family. The rest of the families used more or less vague descriptions of their problem.

The main symptom of the child was categorized. The largest group, 17.5%, consisted of "neurotic problems of childhood, related to development". Shyness and withdrawal were main symptoms for 16%, 10% had primarily psychosomatic symptoms whereas another 9.5% presented acting-out symptoms (stealing, addiction, truancy etc.) The most common additional symptom was "problems with family relations".

Motivation and establishment of contact

Motivational variables were judged. According to the "statistic cards", an abbreviated record used at PBU, 2/3 of the families sought help on their own initiative. This turned out to be only partly true. More than half of the parents had in effect been recommended to seek help for their child by school, preschool, daycare or medical personnel. Among the teenagers, about 30% had asked for help themselves.

When teachers or caretakers were involved, it was very common that they also had problems of their own with the child. If so, the referral was called "forced referral".

A realistic expectation regarding the treatment outcome was demonstrated by 37% (42.5%) of the families. About 47% (50%) of the families expressed feeling somewhat responsible for the origin of the problems.

Data about the treatment

The median number of treatment sessions was 5.7 (6.8). The range was 1-123 sessions. The distribution was very skewed: many families had made just a few visits, and very few had made many visits.

Diagnostic play observations of children 10 years of age or younger, had been made in 29% of the cases. An additional 12% had been observed either at an earlier age, or had been subjected to only one play observation.

Home visits were made in 19% of the families. Medical prescriptions as part of the treatment were rare. The most common forms

of treatment were supportive therapy and family therapy. Play therapy was very infrequent. This might be a result of the trend in therapy at that time.

According to treatment effectiveness ratings, signs of treatment process, with full agreement between judges, were found in 34.5% (39%) of the records. In 9% of the records, there was a lack of agreement between the judges.

In 55% of the cases, the family reported improvement. The therapist had made a note of this in the record.

Relief of symptoms was only analysed for families who had made more than five visits. For 32 (36)% of those children the therapist had reported relief of symptoms.

Results - quantitative analyses

All available variables were initially included in the analyses. Only those variables who turned out to be significant were included in the final multiple analysis of regression, hierarchical model.

Table I
Multiple coefficients of regression for different criteria

	mult. R	R square	Adj. R square	F-value
signs of process	.68	.47	.42	10.98**
improvement accord. to parents	.49	.24	.19	4.43**
relief of symptoms	.54	.29	.19	3.07**
sum of criteria fulfilled	.68	.46	.42	11.86**

**=p< 0.01

The best predictions could be made in relation to signs of process and sum of fulfilled criteria.

The table below shows which variables were included, and their level of significance.

Table II
Relations of significance between predictors and criteria

step	predictor	signs of proc.	improve-ment	relief of sympt.	sum of crit.
1	sex (girls=1, boys=2)			- *	
2	acute situation of change in the family	+**			
	long-term instability in the family		-**		
	oldest child in fam.	- *		- *	
3	psychosom. symptoms	+ *	+ *		
	shyness, withdrawal		+ *	+ *	+ *
	acting-out symptoms				-
4	realistic expectancy	+**	+**	+ *	+**
	forced referral	- *			
5	number of sessions	+**		+ *	+**
	family psychotherapy	+**			+**
	early terminations		-**		- *
	homevisits				-**
	diagn. play observ.	- *			-**

*=p< 0.05, **=p< 0.01. Positive signs indicate positive relations and negative signs indicate negative relations.

The strongest predictors were realistic expectations and sum of sessions. The weakest predictors were acting-out symptoms (just below the boarder of significance), sex and forced referral.

Results - qualitative analyses

Thirtyfour percent (38%) of the families had two or three criteria fulfilled. These formed group 1. Group 2 was made up by families with one 33.5% (31%), or no criterion fulfilled 32.5% (31%). The records of 16% of the families of group 2 were very brief or otherwise hard to evaluate. They have been submitted to an end group and are not further mentioned here.

In the following only figures of the sample will be stated.

Beneficial effects of treatment (group 1)

What did the family gain? The summaries of the process of treatment were analyzed for all group 1 families (61 of 68) who fulfilled that criterion.

Most common were ego-strengthening interventions (15 families) for the child, or, more often, the parents. It was also very common that the family had received support for strengthening the parental role (11). In 11 families there was a transformation of the problem in a way which was judged profitable for

the child, even if the underlying problem remained unchanged. The family could see more of their core conflict, but the therapist was not allowed to focus on this. In 8 of the cases the balance or the function of the family was in focus. Treatment of internalized conflicts and crisis interventions took place in 9 and 7 families respectively. Supportive psychotherapy was notated for 7 families (no treatment process). Presumably, supportive psychotherapy is quite frequent, but in the present material it had not had enough effect to fulfill any of the criteria. However, supportive psychotherapy might still have served a preventive function.

Shortcomings (group 2)

The most common shortcoming was remaining intra-psychic or interpersonal problems, noted for 71 families. Deficient diagnostic work, leading to unfocused or inadequate treatment, was responsible in many cases. It was also common that the families had exposed their problems quite vividly, involving the therapist in a manipulative way. When the families had made few visits, the most common shortcoming was the therapist's reformulation of the problem in a way which the family could not tolerate. The families talked about a child's bad behavior, about stomach ache or problems in the day care center, while the therapists talked about underlying relational problems and/or intrapsychic conflicts. Obviously, that was threatening to the families.

Referrals and changes of therapists had negatively affected the treatment of 24 families. Among them, unfortunate or improper referrals were most common. Some of these parents had on-going treatment elsewhere. Why did they come to PBU - right now? And how should the therapists coordinate different treatments? In some cases the families had been referred to PBU on obscure and deceptive premises. A social worker might have told the parents that they needed a special certificate to avoid the normal waiting period to get day care for their child. In reality, the referring social worker wanted treatment for the child and the family. Such a course of action was unsuccessful.

Sixteen of the families had had problems of such magnitude and character that psychotherapeutic intervention was never a possibility. The families needed social, medical and/or psychiatric help, but first of all they needed practical help to reconstitute their living.

Results - integration of data

The findings from the survey, the statistical analysis and the qualitative analysis of success and shortcomings are combined and discussed together with the interview data.

Motivation

Realistic expectation was one of the most important variables in predicting successful treatment, according to the statistical analysis as well as the qualitative analysis. Realistic expectations on the part of the parents led to a good start and successful treatment. Some of the families who had been recommended to seek help, seemed to have been offended by this recommendation. There were signs of intense ambivalence towards going to the child guidance center and ask for help.

The children's attitude to treatment

The children had often been given odd explanations why they should go to PBU. Often the children did not understand why they had to come; they did not think that there were any problems. Preadolescents or adolescents sometimes perceived the visits as a threat to their integrity. One-third of the (older) teenagers had asked for help on their own. Generally, they were well motivated and had realistic expectations.

Hidden questions

In some sessions, underlying questions of the family seemingly played an important role. Indications of that were found in the minutes from the sessions. It was as if the clients had been asking: Do you think that I am a good enough parent? Is there any hope? Do we need to worry about this? Do you believe that you are a good therapist? The parents were either not quite aware of these questions, or were afraid to pose them directly. Sometimes the therapists recognized the underlying question, which improved the rapport.

Helpseeking at free will?

It is generally presumed, that PBU-treatment is voluntary. However, only about half of the families had asked for help on their own initiative. There were no differences between those and the other families in terms of treatment effect. Nevertheless, when the families had been pressed to seek help by the school or preschool, there were difficulties in creating a process of treatment.

Children with handicaps were sometimes referred for diagnostic evaluation. Their parents were very ambivalent towards participating in the evaluation, and seemed reluctant to receive the results. Their attitudes might be the result of a prolonged crisis reaction.

Likewise, the parents who had been referred on obscure or deceptive premises resisted being more involved than had initially been held in prospect. Many of the parents who had been in contact with social workers, school counsellors, school psychologists, or consultants before the visit at PBU, had problems

attaching to the PBU-therapist. Why did they have to go to PBU? Did the first counsellor think that they were too sick or too hopeless to be treated by them? Will the next therapist also abandon them?

Empathy

Besides diagnostics, the main purpose of the early sessions was to create a positive atmosphere and a feeling of empathy. Sometimes the parents thought that the therapists had been too impersonal or too tough in their first contact.

Diagnostics

Play observation and testing of children (10 year or younger) were sometimes detrimental. When the child had been evaluated separately from the family, there were seldom signs of process in the treatment and few criteria fulfilled. Why? One might argue, that the more serious the problem, the greater the need for evaluation, and the more difficult the treatment. But this is only part of the truth. According to the qualitative analysis the parents had been uneasy about cooperating in the evaluation process. They didn't think that they needed to participate, they forgot appointments or they did not come at all to discuss the resulting report. Or they came, but talked all the time so the evaluator could not break in. Most serious was that the parent counsellor had problems in establishing contact with the parents "waiting for the verdict".

It is important to evaluate the problem of the child - but you have to start out by asking: What will an evaluation mean to the parents right now? Do I have a good enough contact with them to bring back the results - and to make a contract for treatment?

Number of sessions

Most of the parents had made just a few visits. Did they get what they needed that quickly, or were they afraid to come back? Epstein (1970), Ewalt (1973), Fisher (1980) and Rutter (1982) have found that parents just wanted a little help - that they hesitated to accept treatment if there was a long term view. One of the main conclusions from the present material is that there is a great need for short term psychotherapy for children and/or for parents, with focus on the parental role.

Types of treatment

As in most child guidance cases, different members of the family have been involved in the treatment. In the successful group (no. 1, 38%) there were many families who had received clearly defined help. Individual psychotherapy (insight or supportive) did not correlate significantly with the criteria. Family the-

rapy seemed to be very effective. However, it also seemed to be risky; quite a few families had interrupted treatment when the therapists had tried to focus on relations, especially marital relations. Family therapy seemed to be favorable for boys, for families with more than one child, and for families who had come voluntarily and had had realistic expectations.

Problems in treatment

A main problem for the therapists was how to avoid becoming involved in the family dynamics. There was also a tendency towards unsufficient structure in the sessions, especially in the beginning. Sometimes the therapists came in conflict: should they take steps or not for the families?

Home visits

The value of home visits was questionable. Was the homevisit a last chance, taken by the therapist when hope was fading? Or is it always inappropriate to make home visits? The children had often had acting-out symptoms. The families had been "forced" to ask for help. There was evidence that home visits were made in very disturbed families. Even so they did not seem to be successful.

Sometimes the therapists made home visits because an important family member refused coming to PBU. But often that person did not show up at the home visit either, or decided to wash his/her hair that very hour. A serious problem was that the therapist's role was complicated. The families would often demonstrate their problems in a clear or even provocative fashion, and the therapists had difficulties mastering the situation as guests in the families. The conclusion must be, that home visits should be avoided and should only be made when there is a well-defined and realistic objective.

Planned terminations

As has been found in similar investigations, many of the cases terminated in unplanned ways. The separation had not been dealt with, and the therapists felt uneasy and dissatisfied with their work. Both families and therapists would have felt better with a distinct end, or a clear statement that the contract was broken.

Discussion

Why did the families come to PBU?

As a rule, it was the parents who had made the decision to come to PBU, rather than to a family counselling center or a mental

health center for adults. They were seeking help for a child. The therapists at PBU were expected to treat the children, and the children were the defined clients. The parents did not perceive themselves as clients, and should not be challenged to change this perception in any dramatic fashion. It was most important that they maintained a feeling of full responsibility for their children, for psychological reasons and since legally they were indeed responsible.

Intake

The very first contact was important. The families had a need for more sympathetic appreciation of their problems and for empathy, rather than a neutral, information-gathering phase. "Therapy begins with the first interview" (Phillips 1960, p. 196).

The structure

There seemed to be a great need for more structure. There was a tendency to keep quite a low level of structure in the first session. This seemed to arouse anxiety, especially in families who themselves had a low level of structure. The need for very clear and outspoken contracts was great, and may prove critical in preventing drop outs and early terminations.

There was also a great need for more short-term psychotherapy with a clear focus, for parents as well as for children.

Finally the material pointed at a great need for developing methods for helping families with multiple problems.

A model for reformulation of the problem

Frequently the parents vaguely asked for some help - or asked for help with a very odd problem. It was then necessary for the therapist to reformulate the problem, to make it clear that treatment might have a somewhat unexpected focus. In which ways could the therapist reformulate the problems without threatening the family? A model has been constructed to check the status of the parents, with a stepwise testing of the motivational level of the family and readiness to penetrate the problem.

The model has been based on the material in the records. Very often there was evidence that the situation or the reformulation of the problem had been too threatening to the family. What is the optimal level of reformulation, and how might one go about finding it?

It is safe to assume that for every family coming to PBU somebody must have worried about some symptom. Likewise, the parents must have reacted themselves or at least noted that other people worried about their child. The next step is to check if there is a readiness to talk about the parents own

feelings about the symptoms of their child. If so, the therapist will check the parents' ability and willingness to talk about their own feelings for the child as a person. The following step is to check the parents' readiness to talk about their differences in attitudes and feelings for their child. Finally, are the parents prepared to make comparisons with their own upbringing, or to talk about family relations?

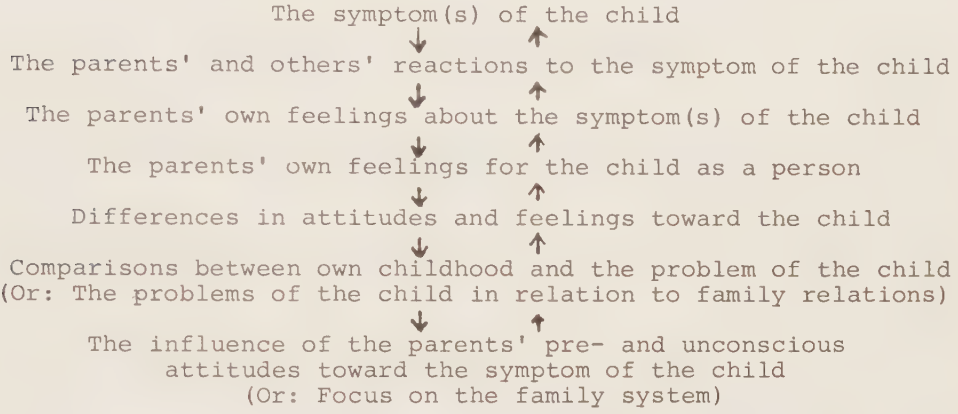


Figure II: Stepwise testing of the families' motivational level and readiness to penetrate the problem.

In the described model, the child is kept in focus very strictly. The parents are not allowed to quarrel or to attack each other verbally. The therapist will put everything in connection with the child. If the content seems to be threatening, the parents will resort to a less threatening level in the scheme. The therapist must notice and respect that, and proceed at a later time.

The model may also guide the therapist when defining a focus for treatment. For a certain family, it might be important and sufficient if the parents deal with their mixed feelings for the child as a person, or with their differences in attitudes. The parental role is always emphasised in the model. It is easy to make up a contract for short term psychotherapy based on the model.

The therapists and their mental health

Preventive measures against burn-out effects for the therapists need to be taken.

Cooperation

Coordinating treatment with the interventions of other agencies, was apparently problematic. What was the primary responsibility of the social services, and what was best handled by PBU? How closely could the therapist and e. g. the social worker collaborate without disturbing the treatment process? How much information should the child's teacher receive?

Discussion of the research method

Using records in clinical research, had the great advantage that there were no drop outs. There were limitations, too. The content was limited, and somewhat uneven.

The criteria for treatment effect, used in the initial qualitative analysis, were most appropriate and important for all subsequent analyses. Of particular interest was signs of process in the treatment.

There were some problems with the stratification of the sample in connection with the multiple analysis of regression. Problems of mass-significance were also considered.

The qualitative data gave very important information. The quantitative data and analyses was of great help in organizing the material. The mixed approach, with qualitative and quantitative data, was fruitful and seems quite promising for clinical research.

REFERENSER

Achenbach,T.M.: Psychology of childhood: Research problem and issues. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978, 46, 759-776.

Adams, P.L: Children and para-services of the Community Mental Health Centers. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1975, 14, 18-31.

Anthony, J.: The family and the psychoanalytic process in children. The Psychoanalytic Study of the Child, 1980, 35, 3-34.

Appelbaum, S.A.: Parkinson's law in psychotherapy. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 1975, 4, 426-436.

Axline, W.: Nondirective Psychotherapy. Ur M. Haworth (ed): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York: Basic Books Inc, 1964, 34-38.

Bailey, M.A., Warshaw, L. & Eichler, R.M.: A Study of factors related to length of stay in psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 1959, 15, 442-444.

Baldwin, K.A.: Crisis-focused casework in a child guidance clinic. Social Casework, 1968, 49, 28-34.

Balint, M.: The Doctor, his Patient and the Illness. London: 2nd ed. Pitman Publishing Ltd, 1964.

Barrett, C.L., Hampe, I.E. & Miller, L.C.: Research on child psychotherapy. Ur S.L. Garfield & A.E. Bergin (ed): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 1978, 411-435.

Barten, H.H. & Barten, S.S.: Children and Their Parents in Brief Psychotherapy, Behavioural Publications, New York, 1973.

Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (ed): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 1971.

Bion, W.R.: Experiences in Groups and Other Papers. London: Tavistock Publications, 1961.

Blanck, G. & Blanck, R.: Borderline - teori och behandling. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1976.

Boszormenyi-Nagy, I & Spark, G.M.: Invisible Loyalties. USA: Harper & Row, Publishers, Inc., 1973.

Broche, J.P.: Child guidance and parent motivation. Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiene Mentale de l'Enfance. Abstract. 1972, 20, 137-143.

Burck, C.: A study of families' expectations and experiences of a Child Guidance Clinic. British Journal of Social Work, 1978, 8, 145-159.

Butcher, J. & Koss, M.: Research on brief and crisis-oriented therapies. Ur S.L. Garfield & A.E. Begin (ed): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 2nd ed. New York: Wiley, 1978.

Campbell, D.: The degrees of freedom and the case study. Ur C. S. Reichardt och T.D. Cook (ed.): Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research. London: Sage Publications, 1979.

Campbell, M.C.: Parents application to a child guidance clinic: The Choice of Time. American Journal of Orthopsychiatry, 1967, 411-412.

Caplan, G.: The Theory and Practice of Mental Health Consultation. New York, Basic Books, Inc., 1970.

Carlberg, M.: PBU:s behandlingsarbete - med tonvikt på kontaktuppbyggnaden mellan terapeut och familj. PBU-utvärderingen, rapport 8. Stockholms läns landsting, 1981.

Carlberg, M., Guvå, G. & Teurnell, L.: Psykosocial konsultation inom förskolan. Stockholm: Natur & Kultur, 1981.

Chassin, L., Young, R.O. & Light, R.: Evaluation of treatment techniques by delinquent and disturbed adolescents. Journal of Clinical Child Psychology, 1980, 9, 220-223.

Churven, P.G.: Families: Parental Attitudes to Family Assessment in a Child Psychiatry Setting. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines: 1978, 19, 33-41.

Coolidge, I.C., Brodie, R.D. & Feeney, B.: A ten-year follow-up study of sixty-six school-phobic children. American Journal of Orthopsychiatry, 1964, 34, 675-684.

Curman, H. & Nylander, I.: Patienter vid Stockholms stads psykiska barna- och ungdomsvård, avskrivna som färdigbehandlade 1953-1954-1955. Stockholm, Danderyds tryckeri AB, 1975.

Cytryn, L., Gilbert, A. & Eisenberg, L.: The effectiveness of tranquilizing drugs plus supportive psychotherapy in treating behavior disorders of children: A double-blind study of eighty out-patients. American Journal of Orthopsychiatry, 1960, 30, 113-129.

Danielsson, A.: Ericametoden. Stockholm, Psykologiförlaget AB, 1965.

Day, L. & Reznikoff, M.: Preparation of children and parents for treatment at a children's psychiatric clinic through videotaped modelling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980, 48. 303-304.

Dewald, P.A.: Psychotherapy - a Dynamic Approach. New York, Blackwell Scientific Publications, 1964. (Psykoterapi. Stockholm: Natur & Kultur, 1973).

Ekstein, R. & Wallerstein, R.S.: Therapist and patient - learning problems. Ur M. Haworth (ed): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York: Basic Books, Inc. 1964, 437-445.

Ekstein, R. & Wallerstein, R.S.: The Teaching and Learning of Psychotherapy. 2:nd ed. New York: International Universities Press. Inc., 1972. (Handledning och utbildning i psykoterapi. Stockholm: Natur & Kultur, 1977).

Eldin, H. & Hedin, M.: Har pojkar i latensen samma sorters problem idag som för 7 år sedan? - En undersökning av 90 PBU-ärenden vid Danderyds barnspykiatriska klinik åren 1971 och 1978. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, 1980.

Epstein, N.: Brief group therapy in a Child Guidance Clinic. Social Work, 1970, 15, 33-38.

Ewalt, P.L.: The crisis-treatment approach in a child guidance clinic. Social Casework, 1973, 406-411.

Ewing, C.D.: Family Crisis Intervention and Traditional Child Guidance: A comparison of outcomes and factors related to success in treatment. Abstract. Diss. Abstr. Intern., 4686. 1976, 36, (9-B).

Eysenck, H. J.: The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 1952, 16, 319-324.

Fisher, S.G.: The use of time limits in brief psychotherapy: A comparison of six-session, twelve-session, and unlimited treatment with families. Family process, 1980, 19, 377-392.

Fleichman, M.J.: A replication of Patterson's interventions for boys with conduct problems, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1981, 49, 342-351.

Frankl, L & Hellman, I.: The ego's participation in the therapeutic alliance. Ur M. Haworth (ed.): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York, Basic Books, Inc. 1964, 229-236.

Freud, A.: The concept of developmental lines. The Psychoanalytic Study of the Child, 1963, 8, 245-265.

Freud, A.: Normality and Pathology of Development in Childhood: Assessments of Development. New York International Universities Press, 1965. (Barnets psykiska hälsa. Bokförlaget Prisma, 1967.)

Freudenberger, H. J.: The staff burn-out syndrom in alternative institutions. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1975, 12, 73-82.

Fromm-Reichman, F.: Principles of Intensive Psychotherapy. Chicago: The University of Chicago Press, 1950.

Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (ed): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 1978.

Garfield, S.L.: Evaluating the Psychotherapies. Behavior Therapy, 1981, 12, 295-307.

Gartner, D.: Group sessions for adolescents and for parents awaiting therapy in a child guidance clinic. Hospital and Community Psychiatry, 1979, 30, 161-162.

Gillman, R.D.: Brief psychotherapy: A psychoanalytic view. American Journal of Psychiatry, 1965, 122, 601-611.

Goldmann, F.: Psykiska barna- och ungdomsvården (PBU) i samverkan. FIB-projektet, rapport 9. Stockholms läns landsting, 1981.

Gottesfeld, H.: Professionals and delinquents evaluate professional methods with delinquents. Social Problems, 1965, 13, 45-59.

Greenspan, S.I. & Sharfstein, S.S.: Efficacy of psychotherapy: Asking the right questions. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 1213-1219.

Gurman, A.S. & Kniskern, D.P.: Research on marital and family therapy. Ur S.L. Garfield & A.E. Bergin (ed), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. (2nd ed.) New York: Wiley, 1978.

Haak, N.: Stödjande respektive insiktsbetonad psykoterapi. Socialmedicinsk tidskrift, 1969, 138, 1-10.

Harding, G.: Leken som avslöjar. Orientering i lekdiagnostik. Stockholm: Natur & Kultur, 1965.

Haworth, M. (ed): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York, Basic Books, Inc, 1964.

Hedberg-Fyhrlund, S.: Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Utvecklingslinjer i forskning och debatt. Opublicerad rapport. Stockholm: DSF, Socialdepartementet, 1981.

Heinicke, C. M. & Goldman, A.: Research on psychotherapy with children: A review and suggestions for further study. American Journal of Orthopsychiatry, 1960, 30, 483-493.

Heinicke, C.M.: Frequency of psychotherapeutic session as a factor affecting the child's developmental status. The Psychoanalytic Study of the Child, 1965, XX, 42-98.

Heinicke, C.M.: Frequency of psychotherapeutic session as a factor affecting outcome: analysis of clinical ratings and test results. Journal of Abnormal Psychology, 1969, 74, 533-560.

Heinicke, C.M. & Strassman, L.H.: Toward more effective research in child psychotherapy. American Academy of Child Psychiatry Journal, 1975, 561-588.

Heinicke, C.M.: Aiding 'at risk' children through psychoanalytic social work with parents. American Journal of Orthopsychiatry, 1976, 46, 89-103.

Heiter, J.B.: Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower-class, unsophisticated patients. Psychological Bulletin, 1976, 83, 339-352.

Hellersberg, E.F.: Child's growth in play therapy. Ur M. Haworth (ed): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York: Basic Books, Inc, 1964, 168-176.

Hellquist, L.: Varför kom de inte tillbaka? En undersökning av engångsbesök vid PBU i Skärholmen 1978 och 1979. Institutionen för social utbildning, Stockholms universitet, 1980.

Herlin, H.: Intervjuundersökning - 25 PBU-familjer och deras terapeuter. Opubl. rapport. Stockholms läns landsting, 1980.

Holroyd, J. & Goldenberg, I.: The use of Goal Attainment Scaling to evaluate a ward treatment program for disturbed children. Journal of clinical psychology, 1978, 34, 732-739.

Hornstra, R.K., Lubin, B., Lewis, R. & Willis, B.S.: Worlds apart: patients and professionals. Archives of General Psychiatry, 1972, 27, 553-557.

Hoyt, M.F., Marmar, C.R., Horowitz, M.J. & Alvarez, W.F.: The therapist action scale and the patient action scale: Instruments for the assessment of activities during dynamic psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1981, 18, 109-115.

Humble, K. & Settergren-Carlsson, G.: Unga lagöverträdare. 1956 års klientelundersökning rörande ungdomsbrottslingar. Stockholm: SOU 1974:31, 1974.

Humble, K., et al.: Plan för utvärdering av PBU, 1976-11-22. Opublicerad rapport. Stockholms läns landsting, 1976.

Humble, K., Janson, U., Larsson, L. & Waldor, S.: PBU:s samverkan med BVC, förskola och socialvård. PBU-utvärderingen, rapport 9. Stockholm: Stockholms läns landsting, 1981.

Jackson, L. & Todd, K.: Work with the parents. Ur: M. Haworth (ed): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York, Basic Books, Inc, 1964, 76-80.

Jacobs, M.A. & Warner, B.I.: Interaction of therapeutic attitudes with severity of clinical diagnosis. Journal of Clinical Psychology, 1981, 37, 75-82.

Jacobson, G.F., Wilner, D.M., Morley, W.E., Schneider, G., Strickler, M. & Sommer, G.J.: The Scope and practice of an early-access brief treatment psychiatric center. American Journal of Psychiatry, 1965, 121, 1176-1182.

Janson, U. & Ellheden, M.: Delprojekt 1 - familjeundersökningen, pilotstudie. PBU-utvärderingen, rapport 1. Stockholms läns landsting, 1978.

Joelson, R.B.: Parent orientation groups. Family outreach in a community mental health center. Children Today, 1972, 1, 11-13.

Kaufman, I., Frank, T., Friend, J., Heims, L. & Weiss, R.: Success and failure in the treatment of childhood schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1962, 118, 909-913.

Kelley, P.L.: Use of parent intake groups in an urban child guidance clinic. Abstract. Diss. Abstr. Intern. 2370-71, 1979, 40, (5 B).

Kerlinger, F.N. & Pedhazur, E.J.: Multiple Regression in Behavioral Research. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc, 1973.

Kihlbom, M. & Söderström, M.L.: Familjebedömning. Opublicerat material. Stockholms läns landsting, september 1976.

Kihlbom, M.: Den eviga familjen. Familjepsykologi ur psykoanalytisk synvinkel. Stockholm: Natur & Kultur, 1981.

King, H.W.: Factors related to continuance of help seeking behavior in a child psychiatry clinic. Abstract. Diss. Abstr. Intern., 1981. 42, (2-B).

Kinnrell, I & Lissnert, B.: BUP 4A i Göteborg. En beskrivning av upptagningsområde och patientarbete 1977. Opublicerad rapport. Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen 4A i Göteborg, 1979.

Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E.: Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal, 1968, 4, 443-453.

Lapouse, R & Monk, M.A.: Fears and worries in a representative sample of children. American Journal of Orthopsychiatry, 1959, 29, 803-818.

Lappalainen, A. & Manninen, V.: Konsultens dilemma. Nordisk Psykologi, 1977, 23-33.

Larsson, E.: Omsorger om barns psykiska hälsa. PBU:s plats i vårdorganisationen enligt utredningar 1970-1979. PBU-utvärderingen, rapport 5. Stockholms läns landsting, 1980.

Lerner, B.: Therapy in the Ghetto. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1972.

Lessing, E.E. & Schilling, F.H.: Relationship between treatment selection variables and treatment outcome in a child guidance clinic: An application of data-processing methods. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 1966, 5, 313-348.

Levant, R.F. & Haffey, N.A.: Toward an integration of child and family therapy. International journal of family therapy. 1981, 3, 130-143.

Leventhal, T. & Weinberger, G.: Evaluation of a large-scale brief therapy program for children. American Journal of Orthopsychiatry, 1975, 45, 119-133.

Levitt, E.E.: The results of psychotherapy with children: An evaluation. Journal of Consulting Psychology, 1957a, 21, 189-196.

Levitt, E.E.: A comparison of "remainers" and "defectors" among child clinic patients. Journal of Consulting Psychology, 1957b, 21, 316.

Levitt, E.E.: A comparative judgmental study of "defection" from treatment at a child guidance clinic. Journal of Clinical Psychology, 1958, 14, 429-432.

Levitt, E.E., Beiser, H. & Robertson, R.E.: A follow-up evaluation of cases treated at a community child guidance clinic. American Journal of Psychiatry, 1959, 29, 337-347.

Levitt, E.E.: Psychotherapy with children: A further evaluation. Behavior Research and Therapy, 1963, 60, 326-329.

Levitt, E.E.: Research on psychotherapy with children. Ur A.E. Bergin och S. L. Garfield (ed): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 1971, 474-493.

Lorr, M.: Relation of treatment frequency and duration to psychotherapeutic outcome. Ur H. Strupp and L. Luborsky (ed): Research in Psychotherapy, Vol. 2. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1962.

Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H., Cohen, J. & Bachrach, H.M.: Factors influencing the outcome of psychotherapy. A review of quantitative research. Psychological Bulletin, 1971, 75, 145-185.

Macfarlane, J.W., Allen, L. & Honzik, M.: A developmental study of the behavior problems of normal children between 21 months and 14 years. Berkeley, Calif.: Univ. of California Press, 1954.

MacKinnon, R. & Michels, R.: The Psychiatric Interview in Clinical Practice. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1971.

Malan, D.: The outcome problem in psychotherapy research. A historical review. Archives of General Psychiatry, 1973, 29, 719-729.

Malan, D.: The Frontier of Brief Psychotherapy. New York: Plenum Medical Book Company, 1976.

Mann, T.: Time-Limited Psychotherapy. Cambridge: Harward University Press, 1973.

Markowitz, J.: The nature of the child's initial resistances to psychotherapy. Ur M. Haworth (ed): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York: Basic Books, 1964, 186-199.

McAdoo, W.G. & Roeske, N.E.: A comparison of defectors and continuers in a child guidance clinic. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 40, 328-334.

Menninger, K.: Hope. The American Journal of Psychiatry, 1959, 481-491.

Meyer, J. & Zegans, L.: Adolescents perceive their psychotherapy. Psychiatry, 1975, 38, 11-22.

Miller, L.C., Barrett, C.L., Hampe, E. & Noble, H.: Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy and waiting list control for phobic children. Journal of Abnormal Psychology, 1972, 79, 269-279.

Minuchin, S.: Families and Family Therapy. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974.

Mårdberg, B & Ståhlberg-Carlstedt, B.: Evaluering och evaluerbarhet. Principer för utvärdering av beteendevetenskapliga program. Opublicerad rapport. FOA, 1980.

Nielsen, G.: Virkningen av psykoterapi. Tidskrift for Norsk Psykologforening, 1981, 18, 178-186.

Nylander, I.: Patienter vid Stockholms stads psykiska barna- och ungdomsvård avskrivna som färdigbehandlade 1953- 1954-1955. Stockholm: Danderyds tryckeri AB, 1979.

Ogden, T.H.: On projective identification. International Journal of Psychoanalysis, 1979, 60, 357-374.

O'Leary, K.D., Turkewitz, H. & Taffel, S.J.: Parent and therapist evaluation of behavior in a child psychological clinic. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 4, 279-283.

O'Leary, K.D. & Turkewitz, H.: Methodological errors in marital and child treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, 46, 747-758.

Ottosson, J.-O.: Mätning av effekter av psykoterapeutiska åtgärder. Stockholm: Läkartidningen, 1972, 9, 857-864.

Patterson, G.R.: Interventions for boys with conduct problems: multiple settings, treatments and criteria. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, 42, 471-481.

Paul, G.L.: Behavior modification research: Design and tactics. Ur C.M. Franks (ed): Behavior Therapy. Appraisal and Status. New York: McGraw-Hill, 1969.

PBU: Årsberättelse för 1977. Opublicerad rapport. Stockholms läns landsting, 1977.

PBU: Årsberättelse för 1981. Opublicerad rapport. Stockholms läns landsting, 1981.

Pfouts, J.H., Wallach, M.S. & Jenkins, J.W.: An outcome study of referrals to a psychiatric clinic. Social Work, 1963, 79-86.

Phillips, E.L.: Parent-child psychotherapy: A follow-up study comparing two techniques. The Journal of Psychology, 1960, 49, 195-202.

Phillips, E.L. & Johnston, M.S.H.: Theoretical and clinical aspects of short-term parent-child psychotherapy. Psychiatry, 1965, 17, 267-275.

Phillips, E.L. & Johnston, M.S.H.: Theoretical and clinical aspects of short-term parent-child psychotherapy. Ur Barten, H.H. & Barten, S.S. (ed): Children and Their Parents in Brief Therapy. New York: Behavioral Publications, 1973, 22-39.

Plunkett, J.W. & Michigan, U.: The role of parents' attitudes and expectations in the utilization of a child psychiatric service. Abstract. Diss. Abstr. Intern. (2-B) 1981, 42.

Reichardt, C.S. & Cook, T.D.: Beyond qualitative versus quantitative methods. Ur Cook, T.D. & Reichardt, C.S. (ed): Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research. London: Sage Publications, 1979.

Reichelt, S.: Evaluation of psychotherapeutic work with children and families. Tidskrift for Norsk Psykologforening, 1980, 17, 3-17.

Robins, L.N.: Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Baltimore: Williams & Wilkins, 1966.

Rodriguez, A., Rodriguez, M. & Eisenberg, L.: The outcome of school phobia: A follow-up study based on 41 cases. American Journal of Psychiatry, 1959, 116, 540-544.

Rosenthal, A.J. & Levine, S.V.: Brief psychotherapy with children: A preliminary Report. American Journal of Psychiatry, 1970, 127, 646-651.

Rosenthal, A.J. & Levine, S.V.: Brief psychotherapy with children: Process of therapy. American Journal of Psychiatry, 1971, 128, 141-146.

Rubinstein, B. & Levitt, M.: Countertransference. Ur M. Haworth (ed): Child Psychotherapy, Practice and Theory. New York: Basic Books, Inc., 1964, 256-258.

Rutter, M. & Cox, A.: Psychiatric interviewing techniques: I. Methods and measures. British Journal of Psychiatry, 1981, 138, 273-282.

Rutter, M.: Psychological therapies in child psychiatry: issues and prospects. Psychological Medicine, 1982, 12, 723-740.

Schedin, G.: Ungdomsutveckling och psykoterapi. Natur & Kultur, 1977.

Schneller, D.P., Schneller, L.M. & Saccuzzo, D.P.: Evaluation of psychotherapy: Subjective viewpoints of outcome. Psychological Reports, 1977, 40, 819-822.

Seiderman, S.: Combatting staff burn-out. Daycare and Early Education. 1978, 6-9.

Shapiro, R.J. & Budman, S.H.: Defection, termination, and continuation in family and individual therapy. Family Process, 1973, 12, 57-65.

Shapiro, R.: Therapist attitudes and premature termination in family and individual therapy. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1974, 159, 101-107.

Shepherd, M., Oppenheim, A.N. & Mitchell, S.: Childhood behaviour disorders and the child guidance clinic: An epidemiological study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1966, 7, 39-52.

Simonds, J.P.: Psychiatric consultations for 112 pediatric inpatients. Southern Medical Journal, 1977, 70, 980-984.

Singer, E.: Key Concepts in Psychotherapy. New York: Random House, 1965.

Skodol, A.E., Kass, F. & Charles, E.: Crisis in psychotherapy: Principles of emergency consultation and intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 1979, 49, 585-597.

Socialstyrelsen redovisar: Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen 1980:2.

SOS. Befolkningsförändringar 1982.

SLL Mål- och handlingsprogram för PBU-verksamheten inom Stockholms läns landstings sociala nämnd. Opublicerad rapport, Stockholm, 1982.

Small, L.: The Briefer Psychotherapies. New York: Brumer/Mazel Inc, 1971.

SPSS-manual: Nie, N., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K. & Bent, D.H.: Statistical Package for the Social Science. USA: McGraw-Hill, Inc, 2:nd ed. 1975.

Stierlin, H.: Psychoanalysis and Family Therapy. Selected Papers. New York: Jason Aronson, Inc, 1977.

Strupp, H. H. & Luborsky, L. (ed): Research in Psychotherapy. Vol. 2. Washington D.C. American Psychological Association 1962.

Strupp, H. H. & Hadley, S.W.: A tripartite model of mental health and therapeutic outcome studies. American Psychologist, 1977, 32, 187-196.

Sylvander, I.: Barnpsykoterapi. Stockholm: Natur & Kultur, 1978.

Terman, L.M. & Merrill, M.A.: Intelligensmätning. Stockholm: Esselte AB, 1942.

Tobias, C.R.: Home visits. Child Psychiatry and Human Development, 1979, 10, 77-84.

Truax, C.B. & Carkhuff, R.: Toward effective counselling and psychotherapy. Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.

Warren, N.C. & Rice, L.N.: Structuring and stabilizing of psychotherapy for low prognosis clients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 39, 173-181.

Wolberg, L. (ed): Short-Term Psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1965.

Woods, T.L.: Parents preparation group. Comparative Group Studies, 1972, 3, 201-211.

Woods, T.L.: A group method of engaging parents at a child psychiatry clinic. Child Welfare, 53, 394-401, 1974.

Woodward, C.A., Santa-Barbara, J., Levin, S. & Epstein, N.B.: The role of Goal Attainment Scaling in evaluating family therapy outcome. American Journal of Orthopsychiatry, 1978, 48, 464-476.

Yalom, I.D.: A study of group therapy dropouts. Archives of General Psychiatry, 1966, 14, 393-414.

Blankett för journalgenomgång

1
Ärendets typ: BK UR FK BF UBA
Tid mellan anmälan och första besök
Ev anmärkningsvärt angående väntetid eller tid mellan besök
Barnets ålder vid anmälan
Kön
Åldrar: modern fadern barnen
Medlemmar som tillkommit/lämnat familjen när?
Yrke: fadern modern
Bostad

B
Anmälningsorsak som den anges per telefon
Problembeskrivning vid första besöket

Hjälpintresse främst hos: mamma-pappa-båda föräldrarna-ett barn flera barn-förskola- fritidshem- skola- anhörig- bekant- granne barnhälsovården-psykiatrisk sjukvård-somatisk sjukvård-annan

Styrs insatsen av remitteringen? Hur?

Familjens presentation av problemet (Kihlbom & Söderström 1976)
-relationsproblem inom familjen
-problem i familjens eller ip:s relationer utanför familjen
-symptom hos enskilda medlemmar
-praktiskt problem: intyg, klassbyte, påverka myndighet eller motpart
-läggningsfråga eller karaktärshållning
-vill ej acceptera att det finns problem
-annat, vad?

Familjens förväntningar om hjälp
-realistiska förväntningar
-litet orealistiska förväntningar
-kraftigt orealistiska förväntningar
-annat

Förändras familjens inställning?

Finns det hopp hos familjen?

Ansvar och delaktighet
-alltför kraftigt: självanklagelser, behov av att styra
-hög grad (hur skall vi kunna lösa...)
-viss grad (något måste göras...)
-oklart läge
-ingen delaktighetskänsla; allt sker utanför föräldrarnas makt
-annat, vad?

Familjens förhandsinställning
-hur uppfattar familjen PBU
-vilka behov hoppas familjen få tillfredsställda
-vilken balans är man rädd skall rubbas

Finns det tecken på utlösande faktor för familjen eller ip
Finns det tecken på upprepade mönster eller kriser?
Kristecken: Utvecklingskris - traumatisk kris - konstant kristillstånd

3
Barnet:
-utvecklingsnivå
-problemtyp
-tilltro till vuxna
-vardagsmiljö - hem- och sekundärgruppsmiljö - trivsel
-kamratsituation
-andra faktorer av vikt

Barnet har haft samme manlige fostrare hela tiden (0-16 år)
styvfar - en eller flera
täta ombyten av manliga fostrare

Barnet har haft samma kvinnliga fostrare hela tiden
styvmor - en eller flera
täta ombyten av kvinnliga fostrare

Barnet har under hela uppväxttiden bott hos
båda biologiska föräldrarna
åtminstone en biologisk förälder

Fosterhems- eller institutionsvistelse
före två års ålder
vid två till tre års ålder
efter tre års ålder
Antal fosterhems- eller institutionsvistelser

Föräldrarnas civilstånd: gifta-hemskilda-skilda-mor/far död-vet ej

Familjestruktur
stabil familjebild
akut förändringssituation i familjen
långvarig instabilitet i familjen
(variabeln har tillkommit i efterhand)

Familjens sociala realitet:

-kroppslig hälsa, nu och tidigare
-psykisk hälsa, nu och tidigare
-socialt nätverk (stöd, avlastning, förebild, tradition, modell, stimulans, personkomplettering etc - för litet eller för mycket?
-hemhörighet contra främlingskap, konformist contra avvikare (invandrare, etnisk subgrupp, kultur- och moralkonflikter, täta flyttningar)

-grad av tillfredsställelse med den sociala situationen
-livsinställning och framtidsperspektiv
-kulturella resurser och intressen
-politiska resurser: lust och tro på möjlighet att påverka
-yrkes- och utbildningsresurser
-annat

Familjens psykologiska situation

-föräldrafunktionen idag
-barnets roll i familjen
-parfunktionen från början
-parfunktionen under graviditet och nyföddhetsperiod
-livsomställning vid föräldraskap
-familjens upplevelse av det naturliga nätverket
-familjens upplevelse av det yttre sociala nätverket
-familjens upplevelse av den yttre sociala situationen, strukturella faktorer -psykologiska resurser

Familjens barninriktning

-gränssättning
-självbestämmande för barnen
-engagemang i barnen

Familjen och affekterna

-får man tycka om fritt, inom och utom familjen
-får man uttrycka ilska, ångest, ledsenhet mm
-tecken på fusion

Individualdiagnostik, egopsykologisk terminologi (Humble & Settergren-Carlsson 1974)

-normal
-neuros
-neuros med infantilt jagsvaga drag
-neuros med primär karaktärsstörning
-infantil jagsvaghet
-primär karaktärsstörning / psykosliknande tillstånd

Jagfunktioner (Humble & Settergren-Carlsson 1974)

-jagstyrka
-stresstolerans
-intellektuella resurser: abstrakt / konkret tänkande
-emotionella resurser
-bearbetningsförmåga
-mognad

PBUs bedömning av problemen
enligt statistikkorten
enligt explicita formuleringar
enligt implicita formuleringar

Problembeskrivning enligt
barnet
familjen
PBU-terapeuten

PBU:s bedömning av problemen contra familjens uppfattning

Utvärderarens uppfattning om barn och familj. Vad behöver förändras?

4
Antal besök Antal telefonkontakter
Antal direktkontakter PBU - samfostrare
Lekobservation ja / nej Specialundersökning ja / nej
Kriterier för utredning
Utvärderarens bedömning av utredningsbehov
Vilken samarbetsrelation bedöms familjen klara av och behöva
Åtgärd från PBU:s sida: typ av terapi, omfattning, samarbetskontakter osv
Kontrakt eller annan struktur
Motiv för åtgärd. Ändringar i behandlingsplanen?

Vilken teamkategori tar ärendet? Co-terapi?
Personalförändring, vilken?
Vilken samarbetsrelation bedöms familjen klara av och behöva enligt utvärderaren?
Vilken samarbetsrelation förelåg?

Tecken på behandlings- eller konsultationsprocess utifrån journalen?

Önskvärd målsättning (implicit) enligt PBU
Önskvärd målsättning enligt utvärderaren
Tänkbara alternativa målsättningar
Tänkbara alternativa åtgärder

Tecken på motöverföring eller motreaktioner
Vad ledde till den upplösning som ärendet fick?
Verkar detta logiskt, vettigt, önskvärt?
Avskrevs med klar/viss förbättring, oförändrat, försämrat, föreslagen åtgärd enligt familjen/PBU/utvärderaren
Övriga synpunkter på ärendet

Ytterligare några variabler fanns i det ursprungliga formuläret. Då det visat sig att de inte har bearbetats eller använts ö. h. t., har de ansetts vara av begränsat intresse.

Journalgenomgång

Guide för medbedömare 1978-08-21

Huvudsyften:
1 analys av barnens och familjernas problematik
2 Bedömning av handläggning och behandling; behandlingsprocess
m. m.

Initialbedömning
Bedömning av familjens och barnets utgångsläge
- jagutveckling
- psykogenetisk förståelse av problemen
- dynamisk problembeskrivning utifrån förståelse av enskilda patienters "budskap" (vad problemen och symptomen står för) för barn - mor - far osv

Vad behöver förändras? Vad vore tecken på framgångsrik behandling (gärna med olika ambitionsnivåer)?
Faktorer som kan underlätta behandlingen
Faktorer som kan försvåra behandlingen
Behandlingsplanering och metodval utifrån ovanstående
Alternativa uppläggningar; motiv för dessa

Handläggning
Vilken teori anknyts behandlingen till?
Tecken på behandlings- eller konsultationsprocess /spec!/
Teknik
Hantering av överföring
Tecken på motreaktioner och motöverföring
Urval av framgångsrika sekvenser/missar i behandlingen
Effekt?
Övriga utvärderartankar kring ärendet
Önskvärt med intervju?

80

Inskr.-år

0—3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 20— | vet ej

Ålder vid inskrivningen

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING, PBU.

INSKR. .....
AVSKR. ..... År Månad Jnr

Namn:

Fad. föd.år: Mod. föd.år: Postnr:

Fad. yrke: Mod. yrke: Tel.:

Ny pat. inom PBU Sth. län
Återanmäld PBU Sth. län
vet ej

Pojke
Flicka
Kön

styvbarn
fosterbarn
adoptivbarn
vet ej
1) Barnet är

båda föräldrarna
modern ensamboende
M. samboende (m. annan än pat:s F)
fadern ensamboende
F. samboende (m. annan än pat:s M)
barn- och ungdomshem
övrigt
vet ej
Barnet vistas sen minst 3 m. hos

2) Barn, tåla omb. av vård.

gifta
ogifta
hemskilda
skilda
mor död
far död
vet ej
Föräldrarna

A. Barn, M o/el.
F infl. till Sverige
B. Flyttn. i Sverige under de senaste 5 åren
Fr. glesbygd o. mindre tätort till storst.
Fr. stabil stadsmiljö till nybyggd förort
vet ej

3) Syskon
inget
ett
flera
vet ej

Ordning
äldst
yngst
inemellan
tvilling
vet ej

STATISTIKKORT

Skola, daghem, m. m.
dag-, familjehem
lekskola
normalklass
klinik
specialklass
särskola, inskr. vid Omsorgsstyr.
fack-, gymnasie-, yrkesskola
annan utbildning prakt., arb.
ofrivillig arbetslöshet
vet ej

4) Huvudsaklig initiativtagare
Pat. själv
Anhöriga
Skolan
BVC, barnstuga
BVN
Läkare
Övrigt
Vet ej

5. Barnpsykiatrisk konsultation
6. Av myndighet beställd utredning med utlåtande, (t.ex. vårdnadsmål, abortansök.)
7. Remiss för kompletterande undersökning (somat. el. psyk. t.ex. EEG, somat. utredn. vid enures, psykoteknisk testn.)
8. Utredning med rådgivning
9. Fortlöpande kontakt

10. Behandlingsfall	Barn	Mor	Far	Syskon	Övr. släkt
Individuellt: a) psykoterapi					
b) stödkontakt					
c) beteendemodifikation					
d) medikamentell behandl.					
Grupp: a) terapigrupp					
b) aktivitetsgrupp					
Familjeterapi					
Hemma hos terapi					
Miljöterapi (endast på institution)					
Annan miljöbehandling: a) kortvariga vistelser från hemmet (terapiskolor, PBU-koloni)					
b) långvariga vistelser från hemmet (fosterhem, internatskola etc.)					

11. Utredning/behandling avbruten **Avskrivas med:**	enligt: byrå	klient/föräldrar
a) Klar förbättring		
b) Någon förbättring		
c) Föreslagen åtgärd		
d) Oförändrat		
e) Försämrat		
f) Överföras till annan vårdform		
g) Överföras till annan RGC		

SYMTOMLISTA	Anmäln. orsak	Enligt utredn.	Avskriv. (vår bedömn.)
symtomfri			
försenad utveckl. (intell.)			
talrubbning			
neurologiska symtom, trolig hjärnskada			
huvudv., illamående, magont			
matvägran, hetshunger, dålig aptit			
sömnrubbningar (nattskräck, sömnsvårigheter)			
habituella manipulationer, nagelbitn., tumsugn.			
encopres			
enures diurna, nocturna			
astma, exem, övr. allergier			
fys. handikapp, syn, hörsel, motorik			
annan kroppslig sjukdom			
fysisk vanvård, brist. hygien, misshandel			
psykoslikn. reaktioner			
depressiva reaktioner			
självmordsförsök, andra självdestruktiva handl.			
ångest, ängslan, rädsla			
känslig, blyg, skygg, osäker			
emotionell hämning			
överambitiös			
passiv, håglös			
separationsångest (inkl. skolfobi), föräldrabunden			
övr. fobier, hypok.			
tics, tvångs- rörelser, -handlingar, -tankar			
hysteroida drag			
sex.problem, könsrollsproblem			
oönskat "föräldraskap" (hos tonåringar)			
hackkyckling, mobbad			
kontaktproblem, jämnåriga, vuxna			
psykomotor. oro, hyperaktiv			
trots, passivt och/eller öppet			
aggr. beteende, utbrott			
snatteri, stöld, även lån av fordon			
vanebruk av tobak, alkohol			
narkotika bruk, sniffn., läkemedelsmissbruk			
lögnaktighet, fabulering			
destruktivitet (utifrån andras bedömn.)			
djurplågeri			
sexuellt agerande, prostitution, heter/homosex.			
arbetsovilja			
vagabond., rymning, utespring			
skolk, skolvägran			
bråkig i skolan, stör klassen			
skololust, brist. ambition			
svårigh. följa undervisn., "svårt för sig"			
läs- och skrivsvårigheter			
relationsproblem inom familjen (mor—far, föräldrar—barn, barn—barn)			
relationsproblem i förhållande till omgivningen (grannar, arbetskamrater)			
kulturkonflikt, språkproblem (invandrarfamilj)			
anhopning av soc. och psyk. problem (multiproblemfam.)			
mor/far psykiskt sjuk			

ANVISNINGAR:

Punkt 1—3 gäller vid anmälan.

1) **"Barnet".** Ingen markering om barnet vistas hos en eller båda biologiska föräldrar, och då ingen styvsituation förekommer. "Styvbarn" betyder antingen styvfar eller styvmor förutsatt att vederbörande är gift med biologisk förälder. Skall markeras även om styvföräldern adopterat barnet. "Adoptivbarn": barnet är adopterat och lever inte tillsammans med någon av de biologiska föräldrarna. Då "styvbarn", "fosterbarn", eller "adoptivbarn" markeras ska fosterföräldrarna resp. adoptivföräldrarnas familj i fortsättningen avses = relevanta föräldrar.

2) **Ombyte av vårdare.**
Barnet flyttad upprepad. gånger mellan föräldrar, hem, fosterföräldrar, institution eller annan vårdare.

3) **Syskon:** Biologiska syskon + alla övriga om de nyligen bott i familjen.

4) **Huvuds. initiativtagare:** Om den sökande hänvisar till annan person registreras denna som initiativtagare.

Ärendets typ:

5) Barnpsykiatrisk konsultation: Ingen fullständig utredning utan endast ett eller ett par besök.

6) Av myndighet beställd utredning med utlåtande, (t. ex. vårdnadsmål, abortansök.)

7) Remiss för komplett. undersökning (somat. el. psyk. t. ex. EEG, somat. utredn. vid enures, psykoteknisk testn.)

8) Utredning med rådgivning: Fall där det görs en utredning med anamnes, testning, observationer av olika slag, och därefter ett eller ett par samtal kring problemen.

9) Fortlöpande kontakt: Efter utredningen står ärendet kvar som aktuellt under ganska lång tid, under vilken det inte är någon regelbunden kontakt. Kan även innebära en hel del arbete antingen direkt eller indirekt t. ex. genom lärare eller personal på institution eller av social art i barnets hem eller skolmiljö.

10) Behandlingsfall: Barnen och/eller föräldrarna går i planerat regelmässig behandling individuellt eller i grupp under kortare eller längre tid; även terapi hos andra än byråns terapeuter. Familjeterapi i form av gemensamma samtal. Kontakten är regelbunden och avslutas då man är överens om att problemen ser ut att reda upp sig. Även de ur behandlingssynpunkt misslyckade fallen markeras här om kontakten varit av här angiven art.

11) Undersökning resp. kontakt ej fullföljd: Här markeras dels de som efter första besöket överhuvudtaget ej kommit till undersökning trots att de fått tider, dels de som avbrutit u.s. innan pat. genomgått de undersökningar de fått tid till. Dels också de som bryter kontakten trots våra försök att hålla dem kvar eller flyttar från orten.

Symtom: Som allmän regel gäller, att ett symtom för att det skall markeras måste vara aktuellt vid anmälan eller under kontakten med byrån och ha uppvisat en viss inte alltför kort varaktighet och en viss, inte alltför låg intensitet. Åldersadekvata reaktioner registreras icke. Om det finns flera symtom på en rad, stryk under det/de aktuella.

- Vilka barn, tonåringar och/eller föräldrar kommer till PBU?
- Vad vill de ha hjälp med?
- Får de någon hjälp?

Dessa frågor belyses i denna undersökning som bygger på en genomgång av journalerna för 200 barn och familjer som sökt hjälp vid den psykiska barna- och ungdomsvården inom Stockholms läns landsting. 25 av familjerna har också intervjuats om sina förväntningar och farhågor inför kontakten med PBU. Dessutom har terapeuterna gett sin syn på kontakten med familjen. Familjernas bakgrund, barnens symptom och familjemedlemmarnas förväntningar har satts i relation till resultatet av PBU-kontakten. Genom såväl kvalitativ som kvantitativ analys söker författaren fastställa vilka faktorer som har störst betydelse för resultatet.

I boken beskrivs också en modell för stegvis prövning av familjernas behandlingsmotivation och tekniker för målinriktade korttidsterapier.

Margareta Carlberg är barnklinisk psykolog och terapeut med mångårig erfarenhet av arbete med barn och föräldrar.

Liber

ISBN 91-38-614235